

**Висновки.** Полученные результаты свидетельствуют о частом сочетании подагры и АГ. Появление АГ при подагре увеличивается с возрастом и наиболее распространено в среднем возрасте. Отмечено одинаковое соотношение мужчин и женщин (приблизительно 1:1) среди пациентов с АГ и подагрой в среднем возрасте. Сочетание подагры и ИБС отмечается менее часто, чем подагры и АГ. Увеличение количества случаев ИБС при подагре, также как и АГ, отмечается с возрастом. ИБС и подагра преобладают у мужчин.

### ЛІКУВАННЯ ПРИ БОЛЮ В СПІНІ У ЖІНОК, ХВОРИХ НА ОСТЕОПОРОЗ, У МЕНОПАУЗАЛЬНИЙ ПЕРІОД

**О.О. Якименко, О.Є. Кравчук, М.Д. Хасан**

Одеський національний медичний університет

Остеопороз займає особливе місце у групі захворювань кістково-м'язової системи у зв'язку з високою поширеністю, тривалим безсимптомним перебігом і подальшим розвитком серйозних ускладнень. Особливої актуальності проблема остеопорозу набуває у жінок в менопаузальний період, коли втрата мінеральної щільності кісткової тканини провокується гормональними змінами. У цей період остеопороз є частою причиною болю в різних ділянках опорно-рухового апарату.

**Мета:** вивчення впливу стронцію ранелату на больовий синдром у спині у жінок, які страждають на остеопороз.

**Методи дослідження.** Під динамічним спостереженням перебували 120 жінок віком 48–62 роки. Усім хворим було проведено об'єктивне та інструментальне дослідження, в тому числі рентгенологічне дослідження всіх відділів хребта, остеоденситометрію.

**Результати.** У результаті проведеного дослідження виявлено, що 80% жінок у менопаузальний період мають біль у спині, 20% — біль іншої локалізації (колінний, тазостегновий, плечових суглобів).

**Висновки.** За даними остеоденситометрії у 58% жінок виявилась остеопенія і у 42% — остеопороз різного ступеня. Після безперервного прийому стронцію ранелату в дозі 2 г/добу впродовж 6 міс інтенсивність і тривалість болю зменшилась у 88% жінок, які перебували під спостереженням. За контрольними даними остеоденситометрії відзначається ущільнення кісткової тканини, що обґрунтовує доцільність прийому стронцію ранелату у жінок у менопаузальний період, що страждають на систематичний біль у спині та суглобах.

### ПОРІВНЯЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ОСНОВНИХ НЕБІОЛОГІЧНИХ БАЗИСНИХ ПРЕПАРАТІВ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ ІЗ СИСТЕМНИМИ ПРОЯВАМИ

**О.Б. Яременко, Г.М. Микитенко**

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Київ

**Мета:** оцінити ефективність метотрексату (МТ), лефлуноміду (ЛФ), сульфасалазину (СС) та комбіно-

ваної базисної терапії (КБТ) у хворих на ревматоїдний артрит (РА) із системними проявами.

**Методи дослідження.** Обстежено 402 хворих на РА (з них 84,1% жінок), середній вік — 49,6±0,58 року, із середньою тривалістю хвороби 52,3±3,15 міс. Ранній РА (до 2 років) спостерігався у 50,0% осіб. 63,2% хворих були серопозитивними за ревматоїдним фактором, 75,2% — за анти-ЦЦП. У 175 (43,5%) хворих спостерігалися позасуглобові прояви РА, найчастіше — ревматоїдні вузлики (РВ) — 22,1%, лімфаденопатія (ЛАП) — 13,3% та загально-трофічний синдром — 10,1%, рідше — синдром Шегрена, синдром Рейно, дигітальний артеріїт, виразки гомілок, склерит та ін. Методом підбору пар було сформовано чотири групи пацієнтів залежно від призначеної БТ: МТ у середній дозі 11,6±0,29 мг/тиж (n=157), ЛФ — 19,2±0,28 мг/добу (n=95), СС — 2,0 г/добу (n=76) чи КБТ (n=74). У всіх групах глюкокортикоїди отримували 72,4–80,3% хворих. Підсумкову ефективність лікування оцінювали через 2 роки за динамікою (Δ) DAS28 та рентгенологічного рахунку за модифікованою шкалою Шарпа — ван дер Хейде (РРШХ).

**Результати.** До лікування кількість хворих із системними проявами у досліджуваних групах достовірно не відрізнялась і варіювала від 41,7 до 50,0% осіб. На фоні лікування ЛФ зменшення/зникнення РВ відбувалося вірогідно частіше (у 65,2% осіб) порівняно з МТ (у 34,4%), СС (у 15,4%) чи КБТ (у 31,2%) (p<0,05). Поява нових РВ спостерігалася у 19 хворих, які приймали МТ, у 3 хворих груп СС та КБТ та в жодного хворого групи ЛФ (p<0,01 vs МТ). Зникнення ЛАП на фоні лікування МТ, ЛФ, СС та КБТ відбувалося відповідно у 25; 56,2% (p<0,01 vs МТ), 30,7 та 30,7% осіб. Усі варіанти БТ однаковою мірою сприяли зниженню активності (ΔDAS28) та рентгенологічного прогресування (ΔРРШХ) через 2 роки у хворих без системних проявів РА (p>0,05) (таблиця).

За наявності позасуглобових проявів зміни DAS28 були найменшими у хворих, які приймали СС (p<0,05 vs МТ, ЛФ та КБТ). Рентгенологічне прогресування у хворих із системними проявами при застосуванні МТ та СС було більш вираженим порівняно з групою без системних проявів, тоді як для ЛФ та КБТ — не відрізнялося. За наявності позасуглобових проявів найшвидше рентгенологічне прогресування спостерігалася у хворих, які приймали СС чи МТ (p<0,05 vs ЛФ та КБТ).

Таблиця

Динаміка DAS28 та рентгенологічного рахунку через 2 роки БТ у хворих із наявністю та відсутністю системних проявів РА

БТ	МТ	ЛФ	СС	КБТ
<b>Δ DAS28</b>				
Без системних проявів	1,99±0,31 (n=53)	2,0±0,17 (n=51)	1,79±0,22 (n=38)	1,98±0,25 (n=42)
Із системними проявами	2,34±0,23 (n=38)	2,55±0,25 (n=44)	1,50±0,27 (n=38)*	2,57±0,23 (n=32)
<b>Δ рентгенологічного рахунку</b>				
Без системних проявів	7,41±1,27 (n=30)	6,11±1,45 (n=14)	7,84±2,03 (n=15)	6,37±1,45 (n=17)
Із системними проявами	13,7±1,84 (n=22)* <sup>1</sup>	7,33±2,0 (n=11)	15,9±2,27 (n=12)* <sup>1</sup>	8,08±1,56 (n=12)

\*p<0,05 порівняно з усіма іншими групами; \*p<0,05 порівняно з групою ЛФ та КБТ; <sup>1</sup>p<0,05 порівняно з групою хворих без системних проявів.