

сприяли розвитку принципово нових поглядів на генез захворювання та його ускладнень. Останніми роками активно дискутується роль хронічного запального процесу в розвитку та прогресуванні атеросклерозу, ожиріння, метаболічного синдрому та інсулінорезистентності.

Тригерними факторами для цих механізмів може бути ціла низка причин: порушення дієти, низька фізична активність, інші показники способу життя. Ці стимули пов'язані з факторами ризику розвитку ЦД 2 типу через внутрішньоклітинні зміни, що включають стрес ендоплазматичного ретикулума й активацію прозапальних і стрес-індукованих ферментів, наприклад таких, як фактор некрозу пухлин альфа (TNF- α), інтерлейкін-1-бета (IL-1 β) і інтерлейкін-6 (IL-6), а також високочутливий С-реактивний білок (вчСРБ). Зміни секреції у різних тканинах призводять до підвищення системних концентрацій прозапальних цитокінів і гістологічних змін, що виражалося в інфільтрації імунними клітинами жирової тканини й островців підшлункової залози. Персистенція цих процесів призводить до субклінічного запалення, що є визнаним фактором ризику в розвитку інсулінорезистентності, дисфункцій β -клітин і, насамкінець, ЦД 2 типу.

У дослідженні взяли участь 60 пацієнтів середнім віком (55,36 \pm 10,25) року, яких було розподілено на дві групи: I група — пацієнти з ЦД 2 типу на тлі надмірної маси тіла (n=40) та II група — пацієнти з ЦД 2 типу на фоні нормальної маси тіла (n=20).

Вивчали наявність кореляційних зв'язків між показниками перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ) і антиоксидантного захисту (АОЗ) й рівнем прозапальних цитокінів (ПЦ). Відмічено найсильніші кореляційні зв'язки між каталазою (КАТ) і супероксиддисмутазою (СОД) (r=0,962), малоновим діальдегідом (МДА) і дієновими кон'югатами (ДК) (r=0,993), СОД і МДА (r=-0,998), КАТ і МДА (r=-0,979), КАТ і ДК (r=-0,996) серед показників ПОЛ–АОЗ. Одночасно показано наявність кореляційних зв'язків між показниками ПЦ: вчСРБ і TNF- α (r=0,974), вчСРБ та IL-1 β (r=0,999), TNF- α й IL-1 (r=0,996). Між показниками ПОЛ–АОЗ та ПЦ також існують тісні кореляційні зв'язки: вчСРБ та СОД (r=-0,571), TNF- α й СОД (r=-0,743), IL-6 і СОД (r=-0,743), TNF- α та ДК (r=0,607), IL-6 і ДК (r=0,692). Слід відмітити, що усі кореляції статистично значущі (p<0,001) і відображають наявність зв'язків між варіюванням показників середньої або навіть високої сили.

Така зв'язність варіювання показників вказує на те, що їх можна розглядати як складові частини єдиної біохімічної запально-протизапальної системи. При цьому найсильнішими кореляційними зв'язками пов'язані між собою КАТ, СОД, МДА, ДК, FNO- α та IL-6.

КЛІНІЧНА І ЕКОНОМІЧНА ДОЦІЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ КОМБІНОВАНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ПРИ ПОЄДНАННІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

С. Б. Стречень, А. О. Шпичка

*Одеський національний медичний
університет, Одеса, Україна*

Розповсюдженість коморбідної та мультиморбідної патології в сучасних умовах клінічної медицини досягла значних показників і продовжує зростати, перш за все, у клініці внутрішньої медицини. Одночасна наявність артеріальної гіпертензії та цукрового діабету — яскравий приклад такого стану, що останніми роками набув характеру неінфекційної епідемії. Хронічний персистуючий перебіг зазначених патологічних станів ускладнюється виразними ушкодженнями органів-мішеней (магістральні та периферичні судини, нирки, очне дно). Патофізіологія судинних уражень схожа при підвищеному артеріальному тиску і гіперглікемії та характеризується ушкодженням ендотелію артеріальних судин, підвищенням синтезу судинозвужувального фактора ендотеліну-1, підсиленням агрегації тромбоцитів, процесів ліпопероксидації, проліферації гладеньких клітин. Сучасна адекватна фармакотерапія є найбільш прийнятною для профілактики прогресування захворювань і розвитку ускладнень, покращання якості життя хворих.

Мета. Здійснити аналіз клінічної ефективності застосування комбінованих антигіпертензивних лікарських засобів у хворих з поєднаною патологією та порівняти дані з фармакоекономічним аналізом визначення найбільш ефективної та доступної комбінації.

Результати. Згідно з вітчизняними та міжнародними стандартами, за наявності супровідної патології порушень вуглеводного обміну і регуляції артеріального тиску, цільовим рівнем нормотензії є такий, що не перевершує 130/80 мм рт. ст. З другого боку, наявність поєднаної патології потребує застосування комбінацій лікарських засобів з можливим одночасним впливом на різні патофізіологічні механізми патологічних станів.

Тому в роботі здійснювався аналіз тривалого прийому комбінованих антигіпертензивних засобів у хворих, що знаходились на стаціонарному лікуванні в терапевтичному, ендокринологічному, кардіологічному відділеннях КУ «МКЛ № 1» Одеси, а потім під час амбулаторного нагляду. Була розроблена карта спостереження, яка містить суб'єктивні параметри перебігу захворювань, вимірювання артеріального тиску і частоти серцевих скорочень, лабораторні та інструментальні стандартні дані встановлення діагнозу і контролю ефективності



сті та безпеки застосування фармакотерапії (ліпидограма, рівні креатиніну, сечовини, мікроелементів, протеїнурії, ЕКГ, ультразвукове дослідження серця, периферичних судин). У цілому аналізу підлягали 70 хворих (співвідношення жіночої та чоловічої статі приблизно порівну, середній вік (54 ± 3) роки, стаж супровідної патології не менше 10 років).

При проведенні клініко-економічного дослідження застосовували методологію порівняльної оцінки різних медичних технологій на основі комплексного взаємопов'язаного аналізу отриманих з їх допомогою клінічних результатів і витрат на використання цих технологій (у даному випадку програма лікування). З-поміж різних методів клініко-економічного дослідження у своїй роботі ми використовували аналіз «витрати–ефективність» (cost-effectiveness analysis — СЕА), який дозволяє встановити найоптимальніший препарат за співвідношенням ціна–ефект. Перш за все, було виявлене коло ТОП комбінованих препаратів, що найчастіше застосовувались у хворих з мінімальними дозами. Проміжок часу оцінки ефективності — 3 міс. Клінічну ефективність визначали за стандартними показниками, вказаними вище. Економічний аналіз СЕА передбачає порівняння як вартості (у грошовому еквіваленті), так і ефективності медичних технологій (в однакових натуральних або фізичних одиницях), у вигляді інтегрального показника — коефіцієнта «витрати–ефективність», який враховує обидва показники. Метод дозволяє визначити вартість одиниці ефективності (питома ефективність витрат) і додаткову грошову суму, яку необхідно витратити на отримання додаткової переваги (інкрементальний показник), наприклад, вартість додаткового року збереженого життя, визначити не найдешевше лікування коморбідного стану, а оптимальне за ефективністю і вартістю, виходячи з можливостей конкретного споживача.

Для проведення даного методу були відібрані комбіновані препарати з ефективністю більше 75 % (Амлесса, Бі-Престаріум, Екватор, Трипліксам, Ко-Амлесса, Арифам, Лоріста, Кодиротон, Лізотіазид). Наступними етапами роботи були калькуляція вартості одного дня лікування, визначення показника ефективності, розрахунок коефіцієнта ефективності витрат. Саме призначення комбінацій вазотропних антагоністів кальцію (амлодипін) з інгібіторами АПФ (периндоприл, лізиноприл) з індапамідом відповідало зазначеній меті фармакотерапії та супроводжувалось доброю переносимістю, у тому числі без негативного впливу на метаболічний профіль крові.

Висновки. Отримані результати клініко-економічного аналізу використання комбінацій лікарських засобів, які діють на стан ренін-ангіо-

тензин-альдостеронової системи і судинний тонус, показали добру переносимість, тривалий ефект, прийнятну ціну, метаболічну нейтральність, що дозволяє залучати їх до формування формулярних переліків, рекомендувати тривале застосування, забезпечуючи високий комплекс терапії артеріальної гіпертензії та цукрового діабету.

ВИКОРИСТАННЯ ПІДШКІРНИХ ІН'ЄКЦІЙ ГАЗУ CO_2 ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ОСТЕОПОРОЗУ І ОСТЕОАРТРОЗУ

Т. М. Ямілова, Л. І. Загородня

*Одеський національний медичний
університет, Одеса, Україна*

Остеоартроз (ОА) належить до захворювань з одним із найвищих індексів коморбідності. Найчастіше поєднуються з ОА надмірна маса тіла та ожиріння, артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, захворювання шлунково-кишкового тракту.

Мета. Вивчити ефективність комплексного лікування остеопорозу та остеоартрозу препаратом ібандронової кислоти і підшкірних ін'єкцій газом CO_2 .

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням знаходилося 30 пацієнтів з остеопорозом і первинним ОА на тлі ожиріння 1-го ступеня. Діагноз ОА встановлено згідно з рекомендаціями EULAR (2010) та Наказом МОЗ України від 12.10.2006 р. № 676 «Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим ревматологічного профілю». Обсяг рухів, функціональні можливості, больовий синдром оцінювали за допомогою ВАШ та індексу Лекена до початку лікування та через 6 і 12 міс. Визначали в крові маркер кісткової резорбції — В-CrossLaps (Стх — С-термінальний телопептид, продукт деградації колагену 1-го типу). Маркери визначали попередньо і через 6 міс. лікування. Для діагностики кісткових змін застосовували ультразвукову денситометрію з використанням апарата "Алока-AOS-100". Індекс маси тіла (ІМТ) розраховували як співвідношення маси тіла хворого (кг) і квадрата його росту (м). Оцінювали ІМТ за класифікацією ВООЗ (1997).

Для лікування остеопорозу й остеоартрозу призначали препарат ібандронової кислоти перорально дозою 150 мг один раз на місяць на тлі аплікацій підшкірних ін'єкцій газом CO_2 дозою 4–5 мм в одній ін'єкції, параартикулярно навколо уражених суглобів і паравертебрально на поперековий відділ хребта експозицією 5 аплікацій через день, загальним курсом двічі на рік.

Результати. Втрата кісткової тканини в усіх хворих перевищувала 2,5 за Т-критерієм $(-2,70 \pm 1,31)$, що, згідно з класифікацією ВООЗ,

