

*Медико-биологические науки***ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ
АРТРОНИЛА ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ
КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ**

Авдеева О.С., Беляева Е.А., Федорищев И.А.,
Хадарцев А.А.

*Тульский государственный университет,
медицинский факультет, кафедра внутренних
болезней
Тула, Россия*

Остеоартроз (остеоартрит) (ОА) – хроническое прогрессирующее заболевание, в основе которого лежит, в первую очередь, разрушение суставного хряща. В последующем присоединяется поражение других компонентов сустава (субхондральная кость, синовиальная оболочка, связки, капсула, периартикулярные мышцы).

ОА – наиболее частое заболевание суставов среди болезней опорно-двигательной системы. По данным Всемирной организации здравоохранения ОА болеют более 20% населения земного шара, а в 10% случаев он является причиной инвалидизации населения, вызывая ухудшение качества жизни больных и значительные финансовые затраты как со стороны больных так и общества в целом.

Основными целями лечения ОА являются: замедление прогрессирования заболевания, предотвращение развития деформаций и инвалидности, уменьшение болей, подавление воспаления в пораженных суставах, снижение риска обострений и поражений новых суставов, улучшение качества жизни. В лечении ОА используются нефармакологические, фармакологические и хирургические методы.

На базе Тульского городского ревматологического отделения завершается клиническое исследование эффективности и безопасности протеза синовиальной жидкости «АРТРОНИЛ™» (Артронил) у больных первичным и вторичным гонартрозом со II и III рентгенологическими стадиями по Келлгрэну-Лоуренсу, на фоне стандартной терапии хондропротекторами и нестероидными противовоспалительными препаратами. В настоящее время проанализировано 40 клинических случаев гонартроза, из них 12 случаев – первичный ОА, 28 – посттравматический и на фоне ревматоидного артрита. Все пациенты получали препарат «АРТРОНИЛ™»: препарат относится к группе высокомолекулярных производных гиалуроновой кислоты. Артронил изготавливается из натурального сырья (гребней птиц) методом молекулярного фракционирования с целью удаления низкомолекулярной составляющей и создания квази-сшивок. Выпускается в виде стерильного флакон/шприца объемом по 2,0 и 4,0 мл. Схема лечения была одинакова для всех пациентов: три последовательных введения Артронила в разовой дозе по 4 мл в каждый колен-

ный сустав с интервалом в 7 дней. Допускалось введение препарата в один день в оба коленных сустава.

Ни в одном случае введение Артронила не ассоциировалось с повышением лабораторной активности у больных с РА. Во время исследования не отмечено аллергических проявлений, переносимость терапии оценивалось как хорошая и отличная в 85% случаев. К моменту окончания лечения пациенты с первичным гонартрозом смогли уменьшить дозировку нестероидных противовоспалительных препаратов или совсем отказаться от их приема. Все пациенты отметили улучшение качества жизни: расширение функциональных возможностей и повышение двигательной активности.

Исследование в данном направлении продолжается в настоящее время. Исходя из полученных предварительных результатов, можно сделать следующие выводы: 1) Артронил целесообразно применять у пациентов с гонартрозом II и III рентгенологической стадии; 2) продемонстрирована отличная и хорошая переносимость данного вида лечения у пациентов не только с первичным ОА коленных суставов, но и с вторичными формами, развивающимися на фоне системного воспалительного заболевания суставов (РА).

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ
МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА СРЕДИ
БОЛЬНЫХ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО
ПРОФИЛЯ**

Авдеева О.С., Беляева Е.А. Хадарцев А.А.

*Тульский государственный университет,
медицинский факультет, кафедра внутренних
болезней
Тула, Россия*

Распространенность метаболического синдрома (МС) по данным разных авторов, составляет 5-20 % (J.Despres, A.Marrette, 1994). МС - это комплекс метаболических нарушений, патогенетически связанных между собой. Вопросы МС стоят перед учеными разных стран с 50-х гг. прошлого столетия. Выявлена взаимосвязь между ожирением, сахарным диабетом (СД), артериальной гипертонией (АГ) и нарушениями липидного обмена.

Однако в последние годы ряд исследователей дополнили понятие МС новыми характеристиками, такими как гиперурикемия, гипертрофия левого желудочка, гиперфибриногенемия, склерозирование яичников и т.д. Основными компонентами МС получившими отражение во всех критериях диагностики являются: избыточная масса тела; инсулинорезистентность / компенса-

торная гиперинсулинемия - нарушение толерантности к углеводам; дислипидемия; АГ.

Целевыми уровнями основных компонентов МС являются:

- АД 130/85 мм рт ст,
- окружность талии для мужчин менее 102 см, для женщин – менее 88 см,
- холестерин ЛПНП менее 3 ммоль/л (115мг/дл),
- триглицериды менее 1,7 ммоль/л (150 мг/дл),
- холестерин ЛПВП более 1 ммоль/л (39 мг/дл),
- глюкоза в плазме венозной крови натощак менее 6,1 ммоль/л, через 2 ч после нагрузки 75 г глюкозой менее 7.8 ммоль/л,
- гликированный гемоглобин менее 6,5% для больных с сахарным диабетом (СД) 2 типа,
- содержание мочевой кислоты в венозной крови менее 360 мкмоль/л.

На базе Тульского городского ревматологического центра проводился анализ историй болезней (за 2005-2006гг.), больных с диагнозом: подагра, остеоартроз.

Среди больных подагрой выявлены следующие закономерности: возрастные категории: от 40 до 60 лет -70 чел (76%), старше 60 лет – 21чел (23%), моложе 40 лет – 1 чел. (1%), из них только 6 женщины (6,5%). У 84 чел – диагностирована АГ (91%), причем на фоне обострения, при поступлении в стационар у 67 чел – отмечались стабильно высокие цифры АД - более 141/... мм рт ст, в дальнейшем, на фоне купирования приступа подагры, цифры АД стабилизировались. Сахарный диабет II типа (СД) и НТГ отмечались у 15 больных (9%). Повышение массы тела с ИМТ от 26 до 38 кг/м² – у 70 чел. (41%). Необходимо отметить, что АГ и повышение массы тела (до ожирения 1-3 ст) у данных больных чаще диагностировались раньше, чем нарушения пуринового обмена. Отмечается взаимосвязь между выраженностью МС и тяжестью течения подагры и уровнем мочевой кислоты: чем более выражен МС – тем тяжелее протекает заболевание.

У больных с диагнозом остеоартроз: возрастные категории от 40 до 60 лет -87 чел. (36%), старше 60 лет – 146 чел. (61%), моложе 40 лет – 7 чел. (3%), из них 168 женщин (70%), 72- мужчин (30%). У 187 чел. (55%) – диагностирована АГ, со стабильно высокими цифрами АД - более 141/... мм рт ст. Сахарный диабет II типа и НТГ отмечались у 8 больных (2%). Повышение массы тела с ИМТ от 26 до 38 кг/м² – у 145 чел.(43%) Только у 8 чел отмечалась гиперурикемия на фоне АГ, повышенной массы тела.

Хотелось бы отметить необходимость индивидуального подхода к каждому больному, на фоне стандартизации оказания медицинской помощи в целом. Стремиться к целевым уровням компенсации МС, с целью улучшения качества

жизни больных, уменьшения сроков госпитализации в связи с декомпенсацией состояния.

УРОВЕНЬ В КРОВИ БЕЛКА, СВЯЗЫВАЮЩЕГО ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ, В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ПОСЛЕ ОСТРОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ УСПЕШНОГО ТРОМБОЛИЗИСА: ПРОГНОЗ И РИСКОМЕТРИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ

Андрюков Б.Г., Гельман Е.А., Габасова Т.В., Логинова Т.В., Демьяненко Н.Б., Матвеев О.Н.
НИИ медицинской климатологии и восстановительного лечения СО РАМН; военноморской клинический госпиталь Владивосток, Россия

Новый биохимический маркер некроза миокарда – цитозольный белок, связывающий жирные кислоты (БСЖК), благодаря своим высоким специфичности и чувствительности, вызывает повышенный интерес к его диагностическим возможностям.

Цель исследования: ранняя диагностика и прогноз развития постинфарктных кардиальных осложнений.

Рабочая гипотеза: возможно, что сохранение в течение длительного времени после развития острого некроза миокарда высоких значений БСЖК в сыворотке крови является неблагоприятным прогностическим признаком возможного развития осложнений.

Материалы и методы

В течение 2004-2007 гг. в военноморском клиническом госпитале Тихоокеанского флота было обследовано 106 пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ): 82 мужчины и 24 женщины. Средний возраст обследуемых составил 53,4±10,3 лет. Средний срок поступления в стационар составил 3,8±2,4 часа после начала болевого приступа. 103 пациентам был успешно проведен системный тромболитис. Среднее время реперфузии миокарда составило 4,6±3,2 часа. Осложненное течение ОИМ наблюдалось у 26 пациентов. Все случаи ОИМ были верифицированы электрокардиографически (подъем сегмента ST) и биохимически: повышением уровня миоглобина (Мг), МВ-фракции креатинкиназы (СК-МВ) и тропонина Т (ТрТ). Для контроля исследовалась донорская плазма у лиц аналогичного возрастного диапазона и кровь пациентов с установленной нестабильной стенокардией (n = 54).

Исследование проводилось в лабораторном отделении госпиталя при поступлении пациентов, а также спустя 6, 12, 24 ч., вторые и третьи сутки после начала болевого приступа. Определялись уровни БСЖК (ИФА, НПО «Иммунотех», Россия), Мг (РА, «Диагностические системы», Россия), ТрТ (ИХ «Биосистем», Германия) и СК-МВ (BioSystems, Испания). Статистический ана-