

кий перебіг. Сечокам'яна хвороба. Хронічна хвороба нирок IV стадії.

Пацієнт був обстежений згідно з вітчизняними рекомендаціями.

Лікування — дієта, лікарська терапія: фуросемід за схемою, при набряковому синдромі та під контролем рівня сечової кислоти; еплеренон 50 мг уранці до їжі під контролем К⁺ за схемою; верапаміл ретард 180 мг вранці під контролем пульсу й артеріального тиску (АТ); лозартан 50 мг увечері під контролем АТ; аторвастатин 10 мг удень; клопідогрель 75 мг увечері після їжі. При суглобових болях: дексаметазон 8 мг + 100 мл розчину NaCl 0,9 % внутрішньовенно краплинно, 3 дні поспіль. Ультразвук із маззю гідрокортизону 1 % на уражені суглоби, 5 разів, через день. Німесулід по 1 пакету 2 рази на день після їжі, 5 днів. За відсутності ефекту — глюкокортикоїди внутрішньосуглобово одноразово.

Наведений клінічний випадок показує, що збільшення частоти мультиморбідності серед осіб середнього віку зумовлює низку терапевтичних завдань.

У пацієнтів з вираженою мультиморбідністю знижується комплаєнс до лікування основного захворювання, а терапія кількох станів потребує врахування взаємного впливу медикаментів та їх побічних ефектів. Індивідуалізація рекомендацій щодо ведення пацієнтів середнього віку сприятиме зниженню ризику ускладнень, частоти госпіталізацій і поліпшенню прогнозу.

Висновки. Ведення пацієнта з мультиморбідними станами має починатися з «жорсткої» модифікації способу життя, а при плануванні медикаментозної терапії потрібно виключити поліпрагмазію з чіткою оцінкою можливих побічних ефектів препаратів. Лікарська тактика хворих повинна бути зосереджена на конкретних групах препаратів з можливим плейотропним ефектом для послідовної корекції наявних синдромів.

ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАЗМОЛИФТИНГА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОБОСТРЕНИЕМ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ГОНАРТРОЗА

**В. М. Назарян, В. И. Величко,
Д. Н. Храмов, Н. В. Шишкина**

*Одесский национальный медицинский
университет, Одесса, Украина*

Остеоартроз (ОА) — это хроническое прогрессирующее заболевание сустава, в основе которого лежат дегенеративные изменения в гиалиновом хряще, вызывающие его разрушение. По мере развития процесса в него вовлекаются капсула сустава, кости и связочный аппарат. Достаточно важной проблемой в разви-

тии данного процесса является воспаление, которое во многом определяет темпы прогрессирования этого заболевания и его исходы.

Остеоартроз коленного сустава (гонартроз) — одна из наиболее распространенных патологий опорно-двигательного аппарата (заболеваемость взрослого населения в разных регионах Земли колеблется от 13 до 29 %), которая занимает второе место по частоте развития после остеоартроза тазобедренного сустава.

Повреждение суставного хряща коленного сустава остается важной нерешенной клинической проблемой из-за плохой способности к восстановлению этой высокоспециализированной ткани. В результате того, что на данный момент нет возможности надежно восстановить естественную целостность суставного хряща, возникает ограничение способности ткани выдерживать механические нагрузки во время физических упражнений в течение жизни.

Лечение ОА — сложная терапевтическая задача в связи со сложностью анальгезии, обусловленной отрицательным влиянием нестероидных противовоспалительных средств на организм в целом и, в частности, на хрящ, необходимостью длительного лечения, коморбидностью состояния.

В лечение данной патологии мы включили плазмолифтинг — метод местного воздействия собственной плазмой пациента. Процедура заключается в воздействии на область поражения путем местного введения инъекционной формы богатой тромбоцитами аутоплазмы, под влиянием которого происходит купирование болевого синдрома и воспаления в суставе, стимуляция заживления тканей. Мы проводили процедуру плазмолифтинга 1 раз в 7 дней.

В исследовании принимали участие 32 пациента мужского и женского пола, которые были разделены на 3 группы: I группу составили 10 (31 %) пациентов, получавших традиционную медикаментозную терапию, II — 10 (31 %) пациентов, в лечении которых применяли только плазмолифтинг, III — 12 (38 %) пациентов, которые получали комбинированное лечение (традиционная медикаментозная терапия в сочетании с плазмолифтингом).

В результате проведенного лечения у пациентов I группы было отмечено купирование болевого синдрома и улучшение объема движений в коленном суставе на $(9,8 \pm 1,1)$ день. У пациентов II и III групп отмечалось купирование болевого синдрома, а также увеличение объема движений в коленном суставе на $(8,4 \pm 1,3)$ и $(5,6 \pm 1,4)$ дни соответственно ($p > 0,5$; $p < 0,5$).

Пациентам II и III групп мы продлили применение плазмолифтинга 1 раз в 7 дней до 5 процедур. В данных группах отмечались по-



ложительная отдаленная динамика в виде улучшения конфигурации сустава, уменьшение частоты обострений в течение последующих 6 мес., повышение толерантности к физической нагрузке.

Таким образом, плазмолифтинг показал высокую эффективность не только в лечении обострений гонартроза (как в составе комбинированной терапии, так и в качестве самостоятельного метода), но и в отношении отдаленного прогноза. Важное преимущество данного метода заключается в том, что используемая в ходе процедуры плазма, являясь собственным продуктом тела человека, содержащим множество полезных веществ, не вызывает реакций отторжения и побочных эффектов.

МАГНІЄВИЙ СТАТУС ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК І–ІІІ СТАДІЇ ЗАЛЕЖНО ВІД РЕАКЦІЇ СЕЧОВОЇ КИСЛОТИ КРОВІ НА ВОДНО-СОЛЬОВЕ НАВАНТАЖЕННЯ

Л. М. Савицька

*Національна медична академія
післядипломної освіти
імені П. Л. Шупика, Київ, Україна*

Актуальність. Хронічна хвороба нирок (ХХН) є незалежним фактором виникнення серцево-судинних ускладнень та кардіальної смерті. Гіпомagneмія асоційована з ендотеліальною дисфункцією, інсулінорезистентністю, поганим глікемічним контролем, розвитком артеріальної гіпертензії та ризиком інсульту. У пацієнтів з ХХН низький рівень сироваткового магнію асоційований із прогресуючим зниженням функції нирок, новими випадками термінальної стадії ХХН, що потребує нирково-замісної терапії, а також зі смертністю у пацієнтів на програмному гемодіалізі.

Мета. Оцінити магнієвий статус у пацієнтів з ХХН І–ІІІ стадії у взаємозв'язку із реакцією сечової кислоти на водно-сольове навантаження із використанням 0,5 % розчину натрію хлориду та швидкістю прогресування ХХН.

Матеріали та методи. На базі КЗ КОР «Київська обласна лікарня № 2» обстежено 60 пацієнтів з ХХН І–ІІІ стадії віком від 45 до 77 років. Серед них було 36 (60 %) чоловіків і 24 (40 %) жінки. За стадіями захворювання розподіл був таким: І стадію діагностовано у 2 (3 %) пацієнтів, ІІ стадію — у 18 (30 %), ІІІ — у 40 (67 %). Проводили визначення функціонального ниркового резерву за методикою А. І. Гоженка з використанням водно-сольового навантаження 0,5 % розчином натрію хлориду із розрахунку 0,5 % від маси тіла, адаптованою до амбулаторних умов з додатковим визначенням

рівнів сечової кислоти сироватки крові до та через одну годину після водно-сольового навантаження. Повторний огляд з визначенням швидкості клубочкової фільтрації було проведено через один рік. Пацієнти за зміною рівня сечової кислоти сироватки крові на фоні водно-сольового навантаження були розподілені на дві групи. До першої групи увійшло 26 пацієнтів, у яких на фоні водно-сольового навантаження значення сечової кислоти сироватки крові зросли, залишилися тими самими або знизилися менше ніж на 5 ммоль/л. До другої групи увійшло 34 пацієнти, у яких на фоні водно-сольового навантаження рівень сечової кислоти знизився більше ніж на 5 ммоль/л. Обидві групи були порівнюваними за віком, масою, індексом маси тіла, окружністю талії, показниками систолічного та діастолічного артеріального тиску, рівнем альбумінурії, базовою швидкістю клубочкової фільтрації. Статистична обробка даних проведена за допомогою програм Microsoft Excel та StatSoft STATISTICA.

Результати. На фоні водно-сольового навантаження у пацієнтів першої групи рівень сечової кислоти сироватки крові зріс з $(283,7 \pm 81,4)$ ммоль/л до $(294,9 \pm 87,9)$ ммоль/л, у пацієнтів другої групи знизився з $(318,1 \pm 61,6)$ ммоль/л до $(287,6 \pm 66,9)$ ммоль/л. Зміна рівня сечової кислоти становила $(11,2 \pm 22,3)$ ммоль/л для першої групи і — $(24,6 \pm 17,8)$ ммоль/л для другої групи відповідно. У динаміці протягом року спостереження пацієнти першої групи мали статистично більше зниження швидкості клубочкової фільтрації порівняно з пацієнтами другої групи: $(8,6 \pm 5,3)$ мл/хв/ $1,73 \text{ м}^2$ — у першій групі та $(0,73 \pm 5,30)$ мл/хв/ $1,73 \text{ м}^2$ — у другій групі. У пацієнтів першої групи зафіксовано статистично менші рівні магнію сироватки крові, ніж у другій групі: $(0,76 \pm 0,10)$ ммоль/л проти $(0,85 \pm 0,10)$ ммоль/л.

Висновки. Результати проведеного дослідження продемонстрували, що високі й нормальні рівні сироваткового магнію і зниження сечової кислоти на фоні водно-сольового навантаження 0,5 % розчином натрію хлориду із розрахунку 0,5 % від маси тіла асоційовані з меншою швидкістю прогресування хронічної хвороби нирок у пацієнтів з І–ІІІ стадією ХХН.

АНАЛІЗ КОРЕЛЯЦІЙНИХ ЗВ'ЯЗКІВ МІЖ ДЕЯКИМИ БІОХІМІЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ НА ФОНІ НАДМІРНОЇ МАСИ ТІЛА

О. В. Саїд, Н. С. Сидоренко, Н. С. Шнайдер

*Одеський національний медичний
університет, Одеса, Україна*

Досягнення останніх років у вивченні механізмів розвитку цукрового діабету (ЦД) 2 типу

