

Довгий В.В. Динаміка показників синдрому "метаболічної" ендогенної інтоксикації в лікуванні гострої медикаментозної кропивниці.

Встановлена ефективність комбінації вугільних ентеросорбентів та реамберину в лікуванні гострої медикаментозної кропивниці. Лікування комбінацією фармакопрепаратів усуває лабораторні прояви синдрому "метаболічної" ендогенної інтоксикації - нормалізує концентрацію загальних циркулюючих імунних комплексів у сироватці крові з ліквідацією дисбалансу різномолекулярного їх складу, а також знижує рівень "середніх" молекул у крові. Отримані результати можна вважати доцільним для включення в комплекс лікувальних заходів гострої медикаментозної кропивниці комбінації вугільних ентеросорбентів та реамберину.

Ключові слова: гостра медикаментозна кропивниця, синдром "метаболічної" ендогенної інтоксикації, "середні молекули", реамберин.

Резюме

Довгий В.В. Динамика показателей синдрома "метаболической" эндогенной интоксикации в лечении острой медикаментозной крапивницы.

Установлена эффективность комбинации угольных энтеросорбентов и реамберина в лечении больных острой медикаментозной крапивницей. Лечение этой комбинацией фармакопрепаратов устраняет лабораторные проявления синдрома "метаболической" эндогенной интоксикации - нормализует концентрацию общих циркулирующих иммунных комплексов в сыворотке крови с ликвидацией дисбаланса разномолекулярного их состава, а также снижает уровень "средних" молекул в крови. Полученные результаты дают основание рекомендовать угольные энтеросорбенты и реамберин для проведения лечения больных с острой медикаментозной крапивницей.

Ключевые слова: острая медикаментозная крапивница, синдром "метаболической" эндогенной интоксикации, "средние молекулы", реамберин.

Summary

Dovgy V. V. Dynamic of parameters of "metabolic" syndrome of endogenous intoxication in the treatment of sharp medicamentous hive.

Is established efficiency of combination of coal enterosorbents and reamberin in treatment of sick by sharp medicamentous hive. Treatment with this combination of pharmaceutical drugs displays laboratory eliminates of syndrome "metabolic" endogenous intoxication - normalizes concentration of general circulating immune complexes in whey of blood with liquidation of unbalance of their different molecular structure, and also reduces level "average" molecules in blood. Received results let recommend basis coal enterosorbents and reamberin for realization of treatment of patients with sharp medicamentous hive.

Key words: sharp medicamentous hive, "metabolic" syndrome of endogenous intoxication, "average molecules", reamberin.

Рецензент: д.мед.н., проф. В.Є.Дряньська

АКТИВНІСТЬ ПЕРЕБІГУ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД НАЯВНОСТІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ ТА АКТИВАЦІЇ РЕЦЕПТОРІВ PPAR γ

І.В.Іваницький

Вищий державний навчальний заклад України "Українська медична стоматологічна академія" (Полтава)

Вступ

Запальний процес відіграє центральну роль у формуванні клінічної картини ревматоїдного артриту (РА). Хронічне запалення, що розвивається при РА, викликає зміни не тільки параметрів, які характеризують клінічний стан хворого, але і цілого ряду лабораторних показників. На сьогоднішній день найбільш інформативними лабораторними ознаками, що характеризують запальну активність, є швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ) та рівень С реактивного білку (СРБ). У той же час, РА передусім уражує суглоби. Для визначення активності артриту існують різні способи, що дозволяють виразити в цифрах зміни, що виникають у пацієнтів з РА. Один з найбільш популярних методів виміру різних проявів суглобової патології - візуальна аналогова шкала (ВАШ), яка була розроблена в 70-х роках ХХ століття як інструмент для оцінки болю в ревматологічній практиці [6]. Загальне оцінювання стану здоров'я хворим (ЗОСЗХ) багато в чому залежить від психологічних особливостей пацієнта. Різні хворі по-різному сприймають патологічні зміни. При цьому сприйняття хворого значною мірою визначає його здатність адаптуватися до порушень, пов'язаних з ураженням суглобів. Величина ЗОСЗХ значною мірою визначається інтенсивністю болювого синдрому і різністю функціональних порушень. Вона корелює з кількістю болючих при пальпації суглобів і багато в чому відбиває зміни якості життя хворих. Істотний вплив на цей показник демон-

струє і рівень освіти хворого [2]. Ще одним узагальнюючим показником, який також визначається по ВАШ і відбиває одночасно різні аспекти захворювання, є загальна оцінка активності хвороби лікарем (ЗОАХЛ). Вона відрізняється гарною відтворюваністю й чітко корелює з ЗОСЗХ. Проте ці два показники базуються на різних вихідних даних. Лікар при визначенні ЗОАХЛ ураховує не тільки скарги хворого, але й об'єктивні ознаки запалення.

В останні роки все більшу популярність здобуває суглобовий індекс, оснований на оцінці 28 суглобів (проксимальних міжфалангових, п'ястно-фалангових, променевоzap'ясткових, плечових, ліктьових, колінних). Ці суглоби уражуються при РА в першу чергу. Крім того, у силу своїх анатомічних особливостей вони добре доступні для об'єктивного дослідження. Їх стан можна оцінити більш надійно, ніж зміни суглобів стоп і гомілковостопних суглобів. Виключення інших суглобів суттєво спрощує процедуру обстеження хворого. Застосування спрощеного суглобного рахунку було офіційно затверджене Американської Ревматологічною колегією (АКР) і Європейською Антираumaticною лігою (EULAR) [5, 9].

У цілому збільшення ШОЕ є загальноновизнаним проявом активності запального процесу. Однак розвиток артриту не завжди супроводжується підвищенням цього показника. Наявність об'єктивних ознак активного артриту при нормальній величині ШОЕ демонструє, що сама по собі реєстрація цього показника не дозволяє надійно оцінювати активність захворювання. Проте деякою мірою ШОЕ демонструє характер патологічного процесу, що розвивається при РА. На це вказує наявність чіткої кореляції між значеннями ШОЕ і такими найважливішими показниками важкості захворювання, як прогресування рентгенологічних змін і смертність хворих [8].

Другим загальноприйнятим лабораторним показником активності РА є СРБ. Як і ШОЕ, рівень СРБ є гарним предиктором прогресування рентгенологічних змін. Деякі автори вважають, що саме СРБ може бути оптимальним біохімічним маркером виразності запалення при РА [4]. Однак цю точку зору

розділяють не всі фахівці. Так, існують дані, що СРБ може краще демонструвати виразність гострофазової відповіді, але ШОЕ більш адекватно відбиває загальну активність патологічного процесу. Ward M.M., аналізуючи результати 63 клінічних досліджень, відзначає, що ШОЕ краще відбивала динаміку запальної активності, ніж СРБ [11].

Єдиним загальноприйнятим інструментом, що дозволяє не тільки достовірно оцінити ефективність лікування, але і визначити поточний рівень активності хвороби, є індекс DAS. Він існує в декількох варіантах. Найбільш популярний з них - DAS 28, заснований на даних дослідження 28 згаданих вище суглобів [7].

Високої активності відповідають значення DAS 28, що перевищують 5,1. Низька активність реєструється при DAS 28 < 3,2. Діапазон DAS 28 від 3,2 до 5,1 відповідає помірній активності. Ефект лікування по DAS 28 розцінюється як гарний у тих випадках, коли показник знижується, як мінімум, на 1,2, а його кінцевий рівень менше 3,2. Якщо динаміка DAS 28 менше 0,6 або коливається від 0,6 до 1,2 при кінцевому рівні вище 5,1, лікування вважається неефективним. В інших випадках ефект розцінюється як задовільний.

На сьогоднішній день у літературі відсутні дані щодо показників активності системного запалення у хворих на РА в залежності від наявності метаболічного синдрому (МС) та проведеного лікування, що і обумовило необхідність нашого дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Робота виконувалась відповідно до основного плану науково-дослідних робіт (НДР) Вищого державного навчального закладу України "Українська медична стоматологічна академія" (Полтава) і являє собою фрагмент тем НДР "Значення протизапальних, проаритмічних, дисметаболічних факторів для ускладненого перебігу гіпертонічної хвороби, ішемічної хвороби серця: діагностика, лікування" (№ держреєстрації 0106U001649) та "Розробка методів профілактики та лікування хвороб, які походять із метаболічного синдрому препаратами, що стимулюють рецептори, які активують проліферацію пероксисом (PPAR-γ) шляхом удосконалення критеріїв діагностики" (№ держреєстрації 0107U001555).

Метою дослідження було вивчення показників активності системного запалення у хворих на РА в залежності від наявності метаболічного синдрому (МС) та проведеного лікування, що і обумовило необхідність нашого дослідження.

Матеріали і методи дослідження

Нами було обстежено 127 хворих на ревматоїдний артрит (104 жінки та 21 чоловік) та 44 хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС), стабільну стенокардію II функціонального класу. Середній вік обстежених склав $47,8 \pm 2,3$ роки. Діагноз РА встановлювався у відповідності до критеріїв Американської спілки ревматологів (ACR, 1987). Для визначення критеріїв метаболічного синдрому проводили антропометричні вимірювання: вимірювали зріст, вагу, об'єм талії, об'єм стегон. Розраховували індекс маси тіла за формулою: $IMT = \text{маса тіла} / \text{зріст (м)}^2$. Діагноз метаболічного синдрому встановлювали згідно критеріїв WHO 1998 р., критеріїв АТР III (Adult Treatment Panel III) 2001р., критеріїв метаболічного синдрому Міжнародної діабетичної федерації (IDF), 2005 рік. Хворі були включені в дослідження в різний термін від початку РА: 14,9% (19 чол) - на першому році хвороби, 33,1% (42 чол) - при тривалості захворювання 1-4 роки, 38,6% (49 чол) - 5-9 років і 13,4% (17 чол) - 10 років і більше. Активність РА на момент включення у дослідження у 29,1% (37 чол) відповідала 1-му ступеню, 53,5% (68 чол) - 2-му і в 17,3% (22 чол) - 3-му ступеню. Серопозитивними по РФ були 51,9% (66 хворих). Після обстежень нами було виділено 37 пацієнтів з РА та МС (28 жінок та 9 чоловіків). Середній вік цих пацієнтів склав $45,9 \pm 2,1$ роки. Контрольну групу склали 27 практично здорових осіб - 21 жінка і 6 чоловіків із середнім віком $44,2 \pm 1,3$ роки. З метою вивчення впливу базисної терапії РА на активність запального процесу, на першому етапі дослідження нами були виділені 64 пацієнти з РА (54 жінки і 10 чоловіків), які внаслідок різних причин не отримували базисної терапії РА до моменту включення у наше дослідження. В подальшому усі пацієнти з РА одержували стандартну терапію - метотрексат 7,5-15 мг/тиждень або лефлуномід у дозі 20 мг/добу у поєднанні із метилпреднізолоном 4-8 мг/добу і/або не-

стероїдними протизапальними препаратами (НПЗП) (диклофенак 75 мг/добу). Критеріями виключення були важка супутня патологія, гострі або загострення хронічних захворювань. Рівень С реактивного білку, С - пептиду, лептину, адипонектину визначався методом ELISA. Рівень IP та функцію β клітин підшлункової залози розраховували за моделлю НОМА 2 з використанням рівня С пептиду за допомогою програми НОМА 2 Calculator версії 2.2.2., яка є високочутливим і достовірним сучасним методом визначення інсулінорезистентності [10].

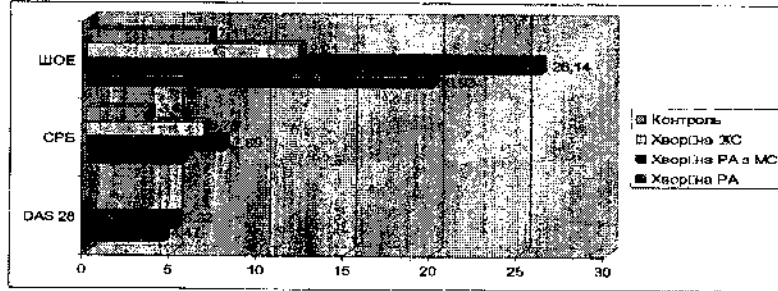
Для комп'ютерної статистичної обробки даних використовували табличний редактор "Microsoft Excel" та програму статистичного аналізу Analyst Soft Stat Plus, версії 2006 року. Для аналізу нормальності розподілу отриманих даних використовували критерії Лїлїєфорса та Шапіро - Уїлка. Для визначення нормальності використовували рівень $p < 0,05$. У випадку нормального розподілу даних обчислювали значення середньої арифметичної величини (M) і середньої квадратичної помилки результату (m). Вірогідність різниці між показниками, які порівнювались, визначали за допомогою t -критерію Стьюдента. Для аналізу кореляційних зв'язків використовували метод Пірсона. У випадку відсутності нормального розподілу досліджуваних даних центральні тенденції та дисперсії досліджуваних ознак описували за допомогою медіани (Me) та інтерквартильного розмаху (25 та 75 процентиля). Для подальшого дослідження використовували критерії Манна - Уїтні, Вальда - Вольфовіца, Колмогорова - Смірнова, для аналізу кореляції використовували методи Спірмена та Кендалла. Статистично значимими вважались відмінності на рівні $p < 0,05$ [1].

Отримані результати та їх обговорення

На графіку (мал. 1) продемонстрована різниця у показниках активності запалення в групах пацієнтів з РА, РА та МС, ІХС та контрольній групі.

Відмічається достовірно вища активність системного запального процесу в групі пацієнтів з РА та МС у порівнянні як з групою пацієнтів з РА, так і з групами пацієнтів з ІХС та контрольною групою. Окрім того, потрібно відмітити, що рівень

СРБ в групі хворих на РА має достовірно нижче значення, ніж в групі хворих на ІХС, на відміну від показників ШОЕ, які мають зворотню тенденцію. Відмічається достовірно більш важкий стан пацієнтів з РА та МС за даними ВАШ болі, ВАШ загального стану, що заповнюються пацієнтом, ВАШ загального стану, що заповнюються лікарем.



Мал. 1. Показники DAS 28, рівня СРБ та ШОЕ у хворих на РА, РА та МС, ІХС.

Таблиця 1

Дані оцінювання активності захворювання у пацієнтів з РА, РА та МС та за допомогою візуальних аналогових шкал (ВАШ)

	Хворі на РА	Хворі на РА та МС
ВАШ біль, мм	62,77±3,9	67,45±3,13*
ВАШ загального стану пацієнт, мм	63,2±3,17	69,6±2,27**
ВАШ загального стану лікар, мм	61,11±2,49	67,43±2,23**
Ранкова скрутість, год	2,88±0,56	5,01±0,48**

Примітка: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Крім того, у пацієнтів з РА та МС відмічається достовірно більш виражена тривалість ранкової скрутісті, яка також є одним із показників активності РА.

При дослідженні впливу базисної терапії на активність захворювання та рівень системного запалення у хворих на РА, були отримані наступні результати.

Таблиця 2

Початковий рівень показників DAS 28, рівня СРБ та ШОЕ у хворих на РА в залежності від базисної терапії

	I група (метотрексат)	II група (лефлуномід)	III група (без базисного лікування)	IV група (контроль)
DAS 28	4,58±0,35	4,55±0,76	4,52±0,49	
СРБ	7,65±0,42	7,74±0,36	7,61±0,38	3,58±0,51
ШОЕ	23,13±1,65	22,86±1,47	22,87±1,64	7,11±0,11

Таблиця 3

Рівень показників DAS 28, рівня СРБ та ШОЕ у хворих на РА в залежності від базисної терапії через 6 місяців лікування.

	I група (метотрексат)	II група (лефлуномід)	III група (без базисного лікування)	IV група (контроль)
DAS 28	3,11±0,21	3,24±0,46* ^{III,IV}	4,52±0,49	
СРБ	5,61±0,32	5,84±0,29** ^{III,IV}	7,61±0,38	3,58±0,51
ШОЕ	15,45±1,65	14,86±1,47* ^{III,IV}	25,87±1,64	7,11±0,11

Примітки: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$. I, II, III, IV - відмінності від відповідних груп. 0 - відмінність від початкового рівня.

Таким чином, базисне лікування у хворих на РА суттєво знижує рівень як системного запалення, так і рівень показників активності захворювання. Так, для лікування метотрексатом індекс DAS 28, % склав 32,1, а для лікування лефлуномідом 28,79.

Таблиця 4

Динаміка показників DAS 28 та рівня СРБ у хворих на РА при терапії аторвастатином

	Основна група		Група порівняння		Контрольна група
	Початкові показники	Через 6 міс	Початкові показники	Через 6 міс	
DAS 28	4,51±0,43	3,45±0,31* ^{1,2}	4,39±0,19	3,71±0,42	
СРБ	5,67±0,86	4,11±0,34* ^{1,2,3}	5,43±0,54	5,28±0,26	3,58±0,51
ШОЕ	20,43±1,53	13,22±1,21* ^{1,2,3}	19,85±1,67	17,24±1,76	7,11±0,11

Примітки: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *1 - при порівнянні з початковими показниками, *2 - при порівнянні з групою порівняння, *3 - при порівнянні з контрольною групою.

При терапії аторвастатином у пацієнтів з РА відміалось достовірне зниження рівнів СРБ та ШОЕ. У той же час, індекс DAS 28, % склав $23,6 \pm 2,1$ для групи пацієнтів, які отримували аторвастатин і $15,6 \pm 2,3$ для групи пацієнтів, яка на отримувала аторвастатин, а знаходилась тільки на базисному лікуванні. Рівень СРБ в групі пацієнтів, які отримували аторвастатин знизився на 27,51%, рівень ШОЕ - на 35,29%. В той же час в групі порівняння рівень СРБ знизився на 2,76%, рівень ШОЕ - на 13,14%.

Таблиця 5

Динаміка рівня С реактивного білку у пацієнтів з РА та ІХС при терапії аторвастатином

	Хворі на РА		Хворі на ІХС		Контрольна група
	Початкові показники	Через 6 міс	Початкові показники	Через 6 міс	
СРБ	$12,93 \pm 0,72^{*2,3}$	$7,1 \pm 0,23^{*1,2,3}$	$9,3 \pm 0,11^{*3}$	$7,9 \pm 0,31^{*1,3}$	$3,58 \pm 0,51$
ШОЕ	$20,31 \pm 0,79^{*2,3}$	$13,27 \pm 0,94^{*1,2,3}$	$12,21 \pm 1,22^{*3}$	$10,55 \pm 0,87^{*1,3}$	$7,11 \pm 0,11$

Примітки: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; 1 - при порівнянні з початковими показниками, 2 - при порівнянні з групою хворих на ІХС, 3 - при порівнянні з контрольною групою.

При порівняльному аналізі протизапального ефекту аторвастатину у пацієнтів з РА та у пацієнтів з ІХС було виявлено, що в групі пацієнтів з РА рівень СРБ знизився на 45,1% від початкового рівня, рівень ШОЕ на 34,6% від початкового рівня. У той же час, в групі пацієнтів з ІХС рівень СРБ знизився на 15% від початкового рівня, а рівень ШОЕ на 14%. Осільки у патогенезі системного запалення у хворих на ІХС та у пацієнтів з РА лежать різні механізми, отримані показники не можна порівнювати, але беззаперечним залишається вплив аторвастатину на системне запалення як у хворих на РА, так і у хворих на ІХС. До переліку факторів кардіального ризику при МС відноситься високий рівень системного запалення. Кількість пацієнтів з рівнем СРП вищим, ніж 3 мг/л серед обстежених з МС за даними літератури складає 38,4%, без МС - 10,3% [3].

При аналізі впливу піоглітазону на показники системного запалення у хворих на РА з МС було виявлено, що він достовірно знижує рівень DAS 28 на 22,9% від початкового рівня в

основній групі, у той час, як базисна терапія знижує індекс DAS 28 на 12,5% від початкового рівня. В групі, яка отримувала піоглітазон, рівень СРБ знижувався на 24,65% від початкового, рівень ШОЕ - на 51,66%. В групі порівняння рівень СРБ знижувався на 8%, а рівень ШОЕ - на 17,12%.

Таблиця 6

Динаміка показників DAS 28 та рівня СРБ у хворих на РА з МС при терапії піоглітазоном

	Основна група		Група порівняння		Контрольна група
	Початкові показники	Через 6 міс	Початкові показники	Через 6 міс	
DAS 28	$5,18 \pm 0,36$	$3,99 \pm 0,24^{*1,2}$	$5,28 \pm 0,44$	$4,46 \pm 0,21$	
СРБ	$7,79 \pm 0,61$	$5,87 \pm 0,55^{*1,2,3}$	$7,89 \pm 0,94$	$7,21 \pm 0,47$	$3,58 \pm 0,51$
ШОЕ	$25,78 \pm 1,86$	$12,46 \pm 1,29^{*1,2,3}$	$26,75 \pm 1,43$	$22,17 \pm 2,36$	$7,11 \pm 0,11$

Примітки: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *1 - при порівнянні з початковими показниками, *2 - при порівнянні з групою порівняння, *3 - при порівнянні з контрольною групою.

Висновок

Таким чином, пацієнти з РА та МС мають більш виражені прояви як системного, так і суглобового запалення, ніж пацієнти з РА, при терапії пацієнтів з РА аторвастатином його чиста протизапальна активність для з урахуванням ефекту базисної терапії, за шкалою DAS 28 склала 8% від початкового рівня, 24,75% за рівнем СРБ та 22,15% за рівнем ШОЕ, а протизапальний ефект піоглітазону у пацієнтів з РА та МС становив 10,4% від початкового рівня запалення за даними індекса DAS 28, 16,65% за рівнем СРБ і 44,54% за рівнем ШОЕ, що дозволяє зробити висновок про значну протизапальну активність статинів та глітазонів у хворих на РА.

Література

1. Гланц С. Медико - биологическая статистика. / Стен-тон Гланц; [пер. з англ]. - М.: Практика, 1998. - 459 с.
2. Association between health-related quality of life and clinical efficacy endpoints in rheumatoid arthritis patients after four

weeks treatment with anti-inflammatory agents / H. G. Eichler, P. Mavros, O. Geling [et al.] // *International Journal of Clinical Pharmacology, Therapy*. - 2005. - № 43. - P. 209-216.

3. Cariou B. Vascular protective effects of peroxisome proliferator-activated receptor agonists / B. Cariou, J.-C. Fruchart, B. Staels // *The British Journal of Diabetes & Vascular Disease*. - 2005. - Vol. 5, № 3. - P. 126-132.

4. Dessein P. H. High sensitivity C-reactive protein as a disease activity marker in rheumatoid arthritis / P. H. Dessein, B. I. Joffe, A. E. Stanwix // *The Journal of Rheumatology*. - 2004. - № 31. - P. 1095-1097.

5. Fuchs H. A. Reduced joint counts in rheumatoid arthritis clinical trials. / H. A. Fuchs, T. Pincus // *Arthritis & Rheumatism*. - 1994. - № 37. - P. 470-475.

6. Huskisson E. C. Measurement of pain / E. C. Huskisson // *Lancet*. - 1974. - №9. - P. 1127-1131.

7. Modified disease activity scores that include twenty-eight-joint counts. Development and validation in a prospective longitudinal study of patients with rheumatoid arthritis / M. L. Prevo, M. A. van 't Hof, H. H. Kuper [et al.] // *Arthritis & Rheumatism*. - 1995. - № 38. - P. 44-48.

8. Prognostic laboratory markers of joint damage in rheumatoid arthritis / E. Lindqvist, K. Eberhardt, K. Bendtzen [et al.] // *Annals of the Rheumatic Diseases*. - 2005. - № 64. - P. 196-201.

9. Smolen J. S. Report on the EULAR Standing Committee on International Clinical Studies Including Therapeutic Trials / J. S. Smolen // *European Journal of Rheumatology & Inflammation*. - 1994. - № 23. - P. 37-39.

10. Wallace T. M. Use and Abuse of HOMA Modeling / T. M. Wallace, J. C. Levy, D. R. Matthews // *Diabetes Care*. - 2004. - №6. - P.1487-1495.

11. Ward M. M. Relative sensitivity to change of the erythrocyte sedimentation rate and serum C-reactive protein concentration in rheumatoid arthritis / M. M. Ward // *The Journal of Rheumatology*. - 2004. - № 31. - P. 884-895.

Резюме

Іваницький І.В. Активність перебігу ревматоїдного артриту в залежності від наявності метаболічного синдрому та активації рецепторів PPAR γ .

Отримані нами дані свідчать про те, що у хворих на РА з МС відмічається більша активність системного запального процесу. У той же час, терапія аторвастатином у хворих на РА та піоглітазоном у хворих на РА з МС на фоні адекватної базисної терапії сприяє зниженню активності системного запального процесу, що дозволяє рекомендувати використання цих препаратів у комплексній терапії РА.

Ключові слова: ревматоїдний артрит, метаболічний синдром, активність запалення, С-реактивний білок, аторвастатин, піоглітазон.

Резюме

Іваницький І.В. Активність течення ревматоїдного артрита в залежності от наличия метаболического синдрома и активации рецепторов PPAR γ .

Полученные нами данные свидетельствуют о том, что у пациентов с РА и МС отмечается высокая активность системного воспалительного процесса. В то же время, терапия аторвастатином у пациентов с РА и пиоглитазоном у пациентов с РА и МС на фоне адекватной базисной терапии способствует снижению активности системного воспалительного процесса, что позволяет рекомендовать использование этих препаратов в комплексной терапии РА.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, метаболический синдром, активность воспаления, С-реактивный белок, аторвастатин, пиоглитазон.

Summary

Ivanitskiy I.V. Activity of current of rheumatoid arthritis depending on the presence of metabolic syndrome and activating of the PPAR γ receptors.

Information got by us testifies that a patient with RA and metabolic syndrome has high activity of system inflammatory task. The therapy of atorvastatin for patients with RA and pioglitazon for patients with RA and metabolic syndrome with a background adequate base therapy has instrumental in the decline of activity of system inflammatory task. That allows recommending the use of these preparations in complex therapy of RA.

Key words: rheumatoid arthritis, metabolic syndrome, activity of inflammation, C-reactive protein, atorvastatin, pioglitazon.

Рецензент: д. мед. н., проф. Ю. Г. Бурмак