**Макєєва О.М.,**
**Афанасьєв І.В., Красноголова А.П.**
*студенти,*
*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

# СУЧАСНІ ПІДХОДИ ЛІКУВАННЯ ТА СУПРОВОДУ ХВОРИХ НА ПОДАГРУ

Захворювання суглобового апарату справляють негативний вплив на якість життя пацієнтів, оскільки можуть мати хронічний перебіг, у період загострення значно обмежують фізичну активність пацієнтів, можуть призвести до інвалідності. За статистичними даними в Україні на подагру хворіє близько 2% дорослого населення. Спостерігається чітка гендерна залежність: на жінок припадає лише 5-8% зареєстрованих випадків захворювання, що у т. ч. характеризує залежність захворювання від способу життя.

За останні роки у вивченні подагри досягнуто значних успіхів. Проте багаточисельність етіологічних факторів та неоднорідність ураження суглобових, периартикулярних структур при подагрі диктують необхідність тривалого та комплексного лікування з впливом на різні патогенетичні механізми [2]. У зв'язку з цим, залишається актуальною задачею удосконалення методів діагностики й лікування даного захворювання.

Традиційний підхід до лікування подагри зафіксовано у відповідному клінічному протоколі [3]. Надання медичної допомоги хворим включає в себе 6 основних рекомендацій: дієта, спрямована на зниження вмісту уратів; прийом препаратів, які забезпечують зниження вмісту сечової кислоти, а також чинять протизапальну дію; системну ензимотерапію; фізіотерапевтичні процедури; санаторно-курортне лікування. Наведений стандарт є рекомендованою схемою лікування та попередження загострення подагри, проте на практиці його дотримання пацієнтом не є достатнім, внаслідок чого ефективність лікування знижується, і підвищується ризик повторного загострення. У зв'язку з цим, вченими-практиками вчиняться спроби покращити результати лікування хворих на гострий подагричний артрит, та, разом з цим, забезпечити його вищу економічну ефективність.

Результати клінічного дослідження, викладені у праці [2, с. 205-207], свідчать про те, що надання комплексної терапії, яка

включає: дієту № 6, іммобілізацію суглоба на 3-5 днів, застосування лікарських препаратів (протизапальні гелі зі вмістом кетопрофену та натрієвої солі гепарину; нічні компреси з гідрокортизоновою, гепариновою та індовазиновною мазями + 30% розчином димексиду; перартикулярно Траумель С; внутрішньом'язово Реструкта Про Ін'єкціоне С; інфузційну терапію (за методом Є.Т. Скляренко), внутрішньовенно реополіглюкін, гепарин, контрикал, вітамін С), демонструє кращі результати на 10 та 30 день лікування в порівнянні зі звичайною методикою лікування (дієта № 6; нестероїдні протизапальні засоби, гелі з мазями на суглоб, фізіотерапевтичні процедури) за всіма біохімічними показниками крові, а також швидкістю зникнення больових симптомів. Окремо слід відзначити різницю у досягнутих рівнях сечової кислоти у сироватці крові на 30 день після початку лікування – з 612,9 ±6,2 мкмоль/л до 469,9±5,5 мкмоль/л для комплексної, та з 616,7±6,8 мкмоль/л до 582,7±6,3 мкмоль/л для звичайної терапії (або на 143,8 та 34 мкмоль/л менше, відповідно).

Отже, перевагами наведеної методики лікування є скороченню прийому нестероїдних протизапальних засобів, патогенетична дія, досягнення стійкого ефекту, безпечніша те ефективніша дія в порівнянні зі стандартною методикою лікування.

У праці [1, с. 76] наведено результати терапевтичного застосування стандартного лікувального комплексу (дієта, нестероїдний протизапальний препарат та місцеве лікування (компреси з дімексидом та НПЗП-гелі) на весь період лікування, а із затиханням суглобового больового синдрому – з включенням препарату, що пригнічує утворення сечової кислоти (алопуринол)) в поєднанні з препаратом «Уронефрон», механізм дії якого на рівень сечової кислоти зумовлений біологічно активними чинниками складових. На основі спостереження за 35 пацієнтами за перші дні лікування відмічено порівняно швидший регрес больового синдрому та набряку, за 2 тижні лікувального – значне зниження вмісту сечової кислоти у сироватці крові з 520,6 ± 4,32 мкмоль/л до 408,4 ± 7,22 мкмоль/л (або на 112,2 мкмоль/л менше). Крім того, відзначається пряма дія «Уронефрону» на покращення симптоматики (перебігу) супутніх уражень системи травлення, холециститу, панкреатиту, синдрому подразненого кишечнику, які виявили у 2/3 хворих по 2-4 захворювання.

Серед переваг даної методики необхідно відзначити високу ефективність методу за критерієм нормалізації вмісту сечової

кислоти та регресом больового синдрому; також позитивно оцінюється переносимість курсу лікування та помірний сприятливий вплив на супутні ураження системи травлення.

У праці [4, с. 22-24] наведено результати порівняльної оцінки ефективності тривалого лікування хворих на подагру з ожирінням із використанням телмісартану з гіпотензивною та фенофібрату з гіполіпідемічною метою. Моніторинг здійснювався через 3 та 36 місяців від початку лікування. Результати спостереження за 70 пацієнтами засвідчили, що за 3-хмісячний період у групі хворих, які дотримувалися лікарських рекомендацій рівень сечової кислоти утримувався на рівні 365±41 мкмоль/л; через 36 місяців серед 15 пацієнтів, які продовжували лікувальний курс цей показник дещо зменшився до 356±31,0 мкмоль/л, у той час як серед 28 пацієнтів без адекватного лікування вміст сечової кислоти у сироватці крові зріс до високого рівня – 568±87,0 мкмоль/л. Ефективність гіпотензивного та гіполіпідемічного впливу характеризується суттєвим зниженням серцево-судинного ризику за біохімічними показниками та показниками артеріального тиску відносно пацієнтів, які не дотримувалися лікарських рекомендацій.

Узагальнення всього вищенаведеного дозволяє нам зробити такі висновки. По-перше, рекомендованим стандартом надання медичної допомоги хворим на подагру не враховано причинності її виникнення – як відомо, вона може бути первинною (як самостійне захворювання), так і вторинною, тобто проявом інших хвороб (зокрема, порушень обміну речовин, функції нирок, тощо), або наслідком прийому деяких медикаментів.

По-друге, застосовувані на практиці методи лікування подагри ускладненої/зумовленої захворюванням нирок, ожирінням, показують свою ефективність як у лікуванні основного, так і супутніх патологічних процесів. Практика засвідчує, що застосування таких додаткових засобів як іммобілізація враженого суглоба, приймання протизапальних гомеопатичних препаратів дозволяє підвищити ефективність лікування, що виражається у подоланні больового синдрому, зменшенні зовнішніх ознак захворювання, поліпшення біохімічних показників крові.

Перспективи подальших досліджень вбачаємо в теоретичному обґрунтуванні стандартів лікування подагри ускладненої іншими хворобами, а також проведенні додаткових клінічних досліджень для перевірки отриманих результатів, та пошуку альтернативних шляхів терапії.

**Список використаних джерел:**

1. Волошин О. І. Уронефрон як засіб комплексного лікування хворих на подагру / О. І. Волошин, О. І. Доголіч // Фітотерапія. Часопис. – 2013. – № 4. – С. 76.
2. Герасименко С. І. Сучасні аспекти консервативного лікування гострого подагричного артриту / С. І. Герасименко [та ін.] // Літопис травматології та ортопедії. – 2013. – № 1-2. – С. 204-207.
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Ревматологія» від 12.10.2006 р. № 676 [Електронний ресурс] / Міністерство охорони здоров'я. – 2006. – Режим доступу: https://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20061012_676.html (20.10.2015). – Назва з екрану.
4. Сміян С. І. Оцінка ефективності тривалого гіполіпідемічного і гіпотензивного лікування хворих на подагру з ожирінням / С. І. Сміян, Ж. О. Антюк // Вісник наукових досліджень. – 2013. – № 2. – С. 22-24.

**Марченко (Мурашкіна) Д.Г.**
*викладач;*
**Волошин В.І., Бублій Р.В.**
*студенти;*
*Науковий керівник: Твердохліб І.В.*
*доктор медичних наук, професор,*
*Дніпропетровська медична академія*
*Міністерства охорони здоров'я України*

# УЛЬТРАСТРУКТУРНІ ЗМІНИ СКОРОТЛИВОГО АПАРАТА ШЛУНОЧКОВОГО МІОКАРДА ЩУРІВ НА ПІЗНІХ ЕТАПАХ ЕМБРІОГЕНЕЗУ ТА В ПЕРШИЙ ТИЖДЕНЬ РОЗВИТКУ У НОРМІ ТА ПІСЛЯ УШКОДЖУЮЧОЇ ДІЇ ЕТАНОЛУ

Скоротливий апарат кардіоміоцитів – це сукупність структур – Т-цистерн, Т-трубочок та міофібрил. Міофібрили у свою чергу складаються із актинових та міозинових ниток скорочення, які необхідні для нормального функціонування серця [5]. Порушення основних компонентів міофібрил, елементів Т-системи в ембріональному періоді може призвести до виникнення багатьох вроджених вад серця, пов'язаних як зі скороченням серця, так і припиненням його функціонування[2].