

ина. Представлены также результаты использования Неотона при лечении больных с острым инфарктом миокарда.

Установлена высокая эффективность Неотона как мембранопротектора при повреждениях сердца различного генеза как в эксперименте так и в клинике острого инфаркта миокарда.

A.Moibenko, V.Pavlyuchenko, A.Parchomenko

Protective effect of exogenous phosphocreatine (Neoton) in the heart injury of the different genesis

In last decades the new agents with metabolic actions have been widely used in order to protect myocardium under the various pathological conditions. Generally these agents modify the physiological properties of the cell membranes. From this point of view «Neoton», an analog of phosphocreatine attracts a special interest.

The data about cardioprotective effect of the exogenous phospho-creatine («Neoton») for the immune infarct-like myocardial injury and the injury caused by radiation and cocaine intoxication are presented in this work.

High efficiency of phosphocreatine as a membrane protector under myocardial injury of the different genesis in experimental and clinical setting was established.

УДК 616.72-007.24-085.375

О.І.Волошин, Л.Д.Борейко, О.М.Ніколаєнко, С.О.Борейко

Ербісол і остеоартроз: перспективи застосування

*Буковинська державна медична академія, м.Чернівці,
Науково-Виробничий Центр «ЕРБІС», м.Київ*

Остеоартроз (ОА) посідає провідне місце в структурі суглобової патології і складає до 80% ревматичних захворювань. На сучасному етапі ОА частіше зустрічається у людей працездатного віку і займає одне з перших місць серед причин тимчасової втрати працездатності, що вимагає поглибленого вивчення причин його виникнення та вдосконалення методів діагностики, терапевтичної тактики і профілактики [4, 7].

Супутні вікові та набуті хвороби інших систем, особливо травної, сприяють прогресуванню ОА, часто обмежують реалізацію відомих та ефективних методів лікування, що суттєво утруднює проблему медичної і соціальної реабілітації таких хворих, погіршує якість їх життя [1, 8].

Тому актуальним є обґрунтування використання засобів, які б корегували загальнометаболічні порушення, мали різнобічну і системну дію та впливали на репаративні процеси, зокрема, в суглобовому апараті при ОА. Таким препаратом є, на нашу думку, ербісол, якому

притаманні хондропротекторні властивості. Цей препарат є гастро- та гепатопротектором, володіє ангіо-, цитопротекторною, імуномодуючою, антиоксидантною діями, підвищує функціональні резерви організму [5, 6].

Мета роботи – вивчити ефективність та перспективи комплексного лікування хворих на ОА за допомогою ербісолу.

Матеріали та методи. Під наглядом перебувало 102 хворих на ОА I-III стадій віком 21-73 роки з тривалістю захворювання від 1 до 29 років. Основну кількість обстежених становили жінки (80,3%), що в цілому відображало загальну тенденцію статевої поширеності ОА.

Пацієнтам контрольної групи (n=40) призначали базовий лікувальний комплекс, який включав нестероїдний протизапальний препарат, біостимулятор або хондропротектор, лікувальну фізкультуру, теплову або анальгезуючу фізіотерапевтичну процедуру, масаж. Хворим основної групи (n=62) у зазначений вище комплекс в якості хондропротектора застосовували ербісол

© Колектив авторів, 2003

по 2 мл дом'язово увечері перед сном впродовж 20–30 днів.

Всім хворим до та після лікування визначали клініко-функціональні показники (больовий, суглобовий, запальний, функціональний індекси, хруст) за П.Лі [3], вираженість больового синдрому за візуальною шкалою болю (ВШБ) [2], проводили оцінювання ефективності лікування як лікарем, так і пацієнтом. В якості суб'єктивних даних враховували скарги хворих, дані анамнезу, тривалість захворювання, частоту загострень, медикаментозні та інші види лікування. Враховували також зміни клінічних проявів супутніх захворювань на призначені лікувальні комплекси.

Результати та обговорення. Основними проявами захворювання у всіх обстежених хворих були больовий та суглобовий синдроми. За найбільш значущі діагностичні критерії вважали появу болю у суглобах при навантаженнях, вночі, у II половині доби, вранці носили «стартовий» характер, а також наявність вузликів Гебердена, Бушара.

Основними причинами захворювання більшість пацієнтів вважали надмірне фізичне навантаження, тривале переохолодження, а також спадковість. У 11,3% осіб анамнестичну причину захворювання встановити не вдалося.

У 88,69% хворих спостерігалися супутні захворювання. Зокрема, захворювання ендокринної системи (автоімунний тиреоїдит, дифузний нетоксичний зоб, автоімунний тиреоїдит з вузлуотворенням, гіпотиреоз, цукровий діабет) виявлено у 39 хворих (38,23%), шлунково-кишкового тракту (хронічний гастродуоденіт, виразкова хвороба, хронічний холецистит, хронічний панкреатит, хронічний коліт) – у 81 (79,41%) пацієнта, захворювання серцево-судинної системи (ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба) – у 58 (56,86%) хворих, дихальної системи (хронічний бронхіт) – у 6 осіб (5,9%). У 56 хворих спостерігалось по 2–3 супутніх захворювань. Вегетативні розлади різного ступеня вираженості зустрічалися у 69,56% пацієнтів і характеризувалися загальною слабкістю,

дратівливістю, головним болем, нерівноваженістю настрою, порушенням сну, які в часі співпадали або передували появі клініки захворювання.

Найбільша кількість уражених суглобів та більш виражені зміни, в тому числі явища синовіту та III стадія рентгенологічних змін, діагностувалися у пацієнтів з ураженнями щитоподібної залози (автоімунний тиреоїдит, дифузний нетоксичний зоб, автоімунний тиреоїдит з вузлуотворенням). В них відзначено більш швидке прогресування ОА, схильність до торпідності перебігу, низьку ефективність від призначеного лікування.

Із захворювань шлунково-кишкового тракту чіткий несприятливий вплив на перебіг і ефективність лікування відзначено за наявності вторинного синдрому ентероколіту чи подразненої товстої кишки з проносами та дисбактеріозом, менше – із закрепами. Останні були переважно проявами хронічного панкреатиту з екзокринною недостатністю, хронічного гастриту з проявами атрофії гастродуоденальної слизової оболонки та зниження кислотоутворювальної функції шлунка, хронічного гепатиту, переважно токсичної етіології. Хронічні гастродуоденіти, гастродуоденальна симптоматична виразка чи виразкова хвороба майже не впливали на перебіг ОА, але були найбільш вагомими обмежуючими патологічними станами в реалізації медикаментозного лікування, особливо нестероїдними протизапальними препаратами та хондропротекторами. Менш помітним був вплив уражень серцево-судинної системи, які супроводжувалися явищами хронічної серцевої недостатності II стадії.

При застосуванні ербісолу у хворих швидше регресували прояви суглобової декомпенсації, що підтверджувала позитивна динаміка клініко-функціональних показників (рисунок). Кращими були ці зміни у хворих на олігоостеоартроз, I стадією ОА та без явищ синовіту, порівняно з показниками контрольної групи. У хворих похилого віку, особливо з поліморбідним фоном, регрес клінічних проявів був більш тривалим.



Рис. Динаміка клініко-функціональних показників контрольної і основної груп хворих на остеоартроз до і після лікування.

Пацієнти основної групи вже з перших днів відзначали покращання самопочуття, настрою, інтелектуальної діяльності, а пізніше і стабільність сну, збільшення опірності до респіраторних захворювань.

Завдяки гастропротективним властивостям ербісолу, у хворих на ОА з медикаментозно зумовленими ураженнями шлунково-кишкового тракту застосування нестероїдних протизапальних препаратів не провокувало появу загострень та дало можливість не застосовувати засоби гастро- та гепатопротекції. Відмічена сприятлива дія ербісолу на прояви екзокринної панкреатичної недостатності, функції кишечника. Однак, у хворих на гіпертонічну хворобу з використанням ербісолу помірно зростає систолічний артеріальний тиск, пов'язаний, можливо, з активацією симпато-адреналової системи, проте це не вимагало його відміни, а лише підвищення дози гіпотензивних засобів.

У хворих на ОА з супутніми захворюваннями ендокринної системи відмічено кращу позитивну динаміку основних проявів, особливо за наявності симптомів гіпотиреозу – зменшення сухості шкіри, загальної слабкості, покращання якісних показників життя; за наявності інсулінонезалежного цукрового діабету – покращання пульсації на периферії.

Динаміка больового синдрому за ВШБ впродовж 20 днів була кращою в основній групі хворих.

У основній та контрольній групах хворих на ОА III стадії (n=6) результати лікування були майже однаково незадовільними, що дало підстави до сумніву в доцільності застосування ербісолу в цій стадії.

Ефективність лікування була відзначена кращою оцінкою лікарем і пацієнтами в основній групі.

Після виписки із стаціонару хворим залежно від стадії пропонували повторні курси застосування ербісолу в якості монотерапії при появі перших ознак загострення або без їх наявності. Так, хворим на ОА I стадії пропонували застосування курсу ербісолу 1–2 рази на рік через 6–9 місяців тривалістю 5–10 ін'єкцій, при остеоартрозі II стадії – 2–3 курси на рік через 4–6 місяців тривалістю 10–12 ін'єкцій.

З врахуванням ефективності на стаціонарному етапі лікування, нами впродовж 1,5 року здійснено в амбулаторно-поліклінічних умовах повторні курси терапії ербісолу. Виявлено, що за вищенаведеним терапевтичним підходом у пацієнтів, які отримували ербісол, частота рецидивів була зниженою у 1,4 раза, тривалість ремісій була довшою у 1,5 раза, потреба у госпіталізації нижчою у 1,9 раза, порівняно з хворими контрольної групи. Слід зазначити, що рецидиви в них були легшими за клінічними проявами, краще усувалися повторним введенням 5–10 ін'єкцій ербісолу. Переважно це були клінічні випадки з поліостеоартро-

зом II стадії та ураженням кульшових і колінних суглобів у пацієнтів віком за 50 років. Погіршення стану окремих пацієнтів через 1,5–3 тижні після завершення стаціонарного лікування наставало внаслідок перевищення ними оцінки результатів терапії та у зв'язку з цим посиленого режиму фізичних навантажень на опорно-руховий апарат. Відзначено також зменшення симптоматики з боку супутніх ОА уражень внутрішніх органів, крім артеріальної гіпертензії, що свідчило про системність дії ербісолу.

Отже, застосування ербісолу в лікуванні хворих на остеоартроз прискорює регрес клінічних симптомів та має позитивну дію на перебіг супутніх уражень травної та ендокринної систем. В основі такої системної дії ербісолу лежать, ймовірно, не тільки репаратні, антиоксидантні, гастро-, гепато-, цитопротективні властивості. Отанні відомості щодо клітинних механізмів дії ербісолу свідчать, що він сприятливо впливає на явища апоптозу, попереджуючи його. Можливо саме ці властивості забезпечують кращі результати лікування на амбулаторно-поліклінічному етапі та лежать в основі оптимізації функціонального стану всього організму, особливо уражених

його органів і систем. З врахуванням несприятливих тенденцій стану здоров'я населення глобального характеру, посилених в Україні «чорнобильським фактором», розвитку поліморбідного фону, що сприяє прогресуванню ОА та утруднює реалізацію лікувально-профілактичних заходів, роль ербісолу та препаратів подібного класу зростатиме. Згідно з нашим досвідом, застосування ербісолу при ОА як хондропротектора є найбільш надійним і ефективним. Вдосконалення технології його застосування при ОА, зокрема і при різних вікових недугах, виглядає досить перспективним.

Висновки

1. Захворювання цитоподібної залози, особливо з її гіпофункцією, є ризик-факторами прогресування остеоартрозу.

2. Вікові або супутні захворювання системи травлення сприяють прогресуванню остеоартрозу або є обмежувачами факторами реалізації медикаментозної терапії.

3. Ербісол є цінним засобом комплексного лікування остеоартрозу, що одночасно сприятливо впливає на регрес клінічних проявів супутніх уражень травної та ендокринної систем.

1. Волошин О.І., Малкович Н.М.//Гал. лікар. вісн.– 1999.– Т.6, №2.– С. 7–9.

2. Коваленко В.Н., Шолохова Л.Б.//Укр. ревматол. журн.– 2000.– №1.– С. 37–40.

3. Ли П., Старрок Р.Д., Греннан Д.//Терапевт. арх.– 1975.– Т.47, №11.– С. 89–102.

4. Нейко Є.М., Головач І.Ю.//Укр. ревматол. журн.– 2000.– №1.– С. 9–12.

5. Николаенко А.Н.//Фармакол. вісн.– 1998.– №5–6.– С. 69–74.

6. Пат. 38006 А Україна, МПК 6 А 61 К 35/12. Хондропротективний препарат//Волошин О.І., Пішак О.В., Горбань Є.М., Борейко Л.Д., Мещишен І.Ф.; Україна.– Заявка № 2000052772; Заявл. 15.05.2000; Опубл. 15.05.2001, ПВ.– 2001.– Бюл. №4.– С. 163.

7. Creamer P., Hochberg M.//Lancet.– 1997.– V.350.– P. 503–509.

8. Hawkey C.J.//Scand. J. Gastroenterol.– 1996.– V.31 (Suppl.220).– P. 124–127.

А.І.Волошин, Л.Д.Борейко, А.Н.Николаенко, С.А.Борейко

Эрбисол и остеоартроз: перспективы использования

В работе представлена оценка эффективности использования эрбисола в комплексном лечении больных с остеоартрозом.

Установлено положительное влияние эрбисола на течение остеоартрозного процесса и сопутствующие заболевания пищеварительной и эндокринной систем.

A.I.Voloshyn, L.D.Boreiko, A.N.Nikolaenko, S.A.Boreiko

Erbisol and Osteoarthritis: Prospects of Application

The paper deals with the efficacy of using erbisol in a course of multimodality treatment of patients with osteoarthritis. A positive effect of erbisol on the course of the osteoarthritis process and concomitant disorders of the digestive and endocrine systems has been established.