

стежених хворих, та не потребувало додаткового збільшення дози нестероїдних протизапальних препаратів. Клінічна ефективність мексикору та сілібору форте підтверджувалася пригніченням процесів перекисного окиснення ліпідів.

А. Л. Лоскутов

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ У БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ НА ФОНЕ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗА

Ключевые слова: остеоартроз, неалкогольный стеатогепатит, хеликобактериоз, хроническая боль, мексикор, силибор.

При дегенеративно-дистрофических процессах в суставах в коморбидном течении с неалкогольным стеатогепатитом и хеликобактериозом на фоне болевого синдрома отмечаются интенсификация процессов перекисного окисления липидов (первичных и конечных метаболитов). Применение антиоксиданта мексикора в комбинации с гепатопротектором растительного происхождения силибор-форте продемонстрировало анальгезирующий эффект, что проявлялось существенным уменьшением интенсивности болевого синдрома у обследованных больных, и не требовало дополнительного увеличения дозы нестероидных противовоспалительных препаратов. Клиническая эффективность мексикора и силибора-форте подтверждалась угнетением процессов перекисного окисления липидов.

A. L. Loskutov

COMBINATION THERAPY OF CHRONIC PAIN IN OSTEOARTHRITIS IN PATIENTS WITH NON-ALCOHOLIC STEATOHEPATITIS AGAINST THE BACKGROUND OF HELICOBACTERIOSIS

Keywords: osteoarthritis, non-alcoholic steatohepatitis, helicobacteriosis, chronic pain, mexicor, silibor.

In the case of degenerative-dystrophic processes in the joints in the comorbid course with non-alcoholic steatohepatitis and helicobacteriosis against the background of pain, the intensification of the processes of lipid peroxidation (primary and final metabolites) is noted. The use of the antioxidant mexicor in combination with the plant-derived hepatoprotector silibor-forte demonstrated an analgesic effect, which was manifested by a significant decrease in the intensity of pain in the examined patients, and did not require an additional increase in the dose of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. The clinical efficacy of mexicor and silibor-forte was confirmed by inhibition of lipid peroxidation processes.

Електронна адреса для листування з автором:

e-mail: loskutov115@gmail.com (Лоскутов Андрій Леонідович).



DOI:10.33617/2522-9680-2020-4-22
УДК 616.72-007.248-085.8

КОМПЛЕКСНА МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ У КОМОРБІДНОСТІ З ОСТЕОАТРОЗОМ

■ **Є. Ф. Гузинець, аспір. каф. госпітал. терап.**

■ **ДВНЗ «Ужгородський національний університет»**

Вступ

В рамках коморбідності цукровий діабет (ЦД) II-го типу є одним з найбільш важливих неінфекційних захворювань, яке погіршує клінічний перебіг не лише основного захворювання, а й негативно впливає на супутню патологію [3, 7, 13]. З іншого боку, встановлено, що остеоартроз (ОА) відноситься до захворювань з високою коморбідністю і часто (до 77 %) розвивається в осіб з ожирінням і ЦД. У хворих на ОА у поєднанні з ЦД II-го типу були встановлені порушення не лише вуглеводного, а й білкового і мінерального обміну, гормональні розлади, часті формування ангіо- і нейропатій. У разі порушення вуглеводного обміну недостатність інсуліну призводить до пригнічення остеобластів, розвитку метаболічного

ацидозу, який підвищує активність остеокластів. Одним із спільних механізмів розвитку та прогресування дегенеративно-дистрофічних процесів у суглобах при порушенні вуглеводного обміну є неспецифічне запалення [1, 5, 6].

Програма медичної реабілітації хворих на ЦД II-го типу спрямована на стабілізацію рівня глюкози в крові, підвищення чутливості клітин до інсуліну, профілактику судинних ускладнень і периферичної нейропатії, поліпшення самопочуття та фізичної працездатності [8, 13]. У випадку пацієнтів з початковими і помірними рентгенологічними стадіями артрозу, при наявності невираженого болю в ураженому суглобі, увага надається профілактичним заходам, які спрямовані на запобігання прогресування ОА. Основою

реабілітаційних заходів у процесі лікування ОА є використання масажу та лікувальної гімнастики, які забезпечують збільшення тривалості ремісії і уповільнення прогресування захворювання [1, 2, 4]. Однак, комплекс лікувально-фізичної реабілітації хворих на ОА не враховує наявність коморбідної патології, зокрема ЦД II-го типу, що потребує додаткового застосування фармакопрепаратів. Нашу увагу привернув вітчизняний препарат з дріжджової рибонуклеїнової кислоти – нуклекс. Препарат проявляє протизапальну, імуномодуючу, антиішемічну та органопротекторну активність [9, 10, 12]. Протизапальна активність нуклексу забезпечується інгібуванням окислювальних процесів у клітинних мембранах та оптимізацією окиснювально-відновлювальних процесів у тканинах, що також сприяє регенерації ушкоджених тканин. Імуномодуючий ефект нуклексу проявляється за рахунок активації функціональної спроможності макрофагів та неспецифічної резистентності організму, а також нормалізації клітинної ланки системного імунітету.

Метою роботи було дослідження ефективності курсу медичної реабілітації у хворих на цукровий діабет II-го типу в коморбідності з остеоартрозом.

Матеріали та методи дослідження

В періоді диспансерного спостереження була проведена медична реабілітація 88 хворих на ЦД II-го типу в коморбідності з ОА, з них 43 пацієнта отримували курс фармакопрепарату з дріжджової рибонуклеїнової кислоти – нуклексу (основна група). Пацієнти основної групи приймали нуклекс по 2 капс. (0,5 г) двічі на день перорально після їжі протягом 1 місяця; групі порівняння (45 пацієнтів) було рекомендовано вітамінний комплекс комплевіт по 1 капс. двічі на день протягом 1 місяця. Обидві групи рандомізовані за віком, тяжкістю клінічного перебігу, тривалістю хвороби. Всі пацієнти спостерігались амбулаторно і виконували рекомендований комплекс реабілітаційних заходів в домашніх умовах – дотримувалися дієти, цукорознижувальної терапії, виконували дозоване фізичне навантаження.

Обстежені хворі були віком від 44 до 68 років (середній вік $(51,7 \pm 2,0)$ років), серед них переважали жінки (63 особи – 71,6 %). У всіх пацієнтів, які включені у дослідження, клінічний перебіг ЦД характеризувався як середньої тяжкості, а порушення вуглеводного обміну було в субкомпенсованій формі. До спостереження включено

хворих із первинним поліостеоартрозом, з яких у 42 хворих виявлена I рентгенологічна стадія за J. Kellgren і J. Lawrence (1957), а у 46 хворих – II стадія.

Лабораторне дослідження поряд з рутинними методами включало вивчення глікемічного профілю в капілярній крові: вимірювання рівня глюкози натще (перепрандіальної) та через 2 год. після харчового навантаження (післяпрандіальної) загальноприйнятою методикою; ступінь порушення вуглеводного обміну визначався за показником глікозурованого гемоглобіну (HbA1c) колориметричним методом.

Дослідження рівня ЦІК проводили з використанням спектрофотометричного методу (довжина хвилі 450 нм) у розчині поліетиленгліколю (ПЕГ) з молекулярною масою 6000 дальтон [11]. Молекулярний склад ЦІК аналізували за допомогою методу диференційованої преципітації в 3,5 %, 5 % й 7 % розчинах ПЕГ із визначенням фракції дрібного, середнього та великого розміру та виражали в одиницях оптичної щільності (ОдОЩ).

Ефективність медичної реабілітації контролювали за глікемічним статусом та рівнем ЦІК у крові в динаміці: до і після початку курсу, через 3 та 6 місяців.

Статистичну обробку отриманих результатів проводили методом варіаційної статистики для незв'язаних між собою спостережень за допомогою пакета програм Statistica 6. Розподіл практично всіх варіаційних рядів підпорядковувалося критерієм нормальності, тому використовувався t-критерій Ст'юдента з визначенням достовірності відмінностей [8].

Результати дослідження та їх обговорення

В обстежених хворих із коморбідною патологією ЦД II-го типу та ОА, показники глікемічного статусу (рівень глюкози натще, післяпрандіальної глікемії та вміст HbA1c) відповідали значенням, характерним для субкомпенсованого стану вуглеводного обміну. У пацієнтів групи контролю показники глікемічного статусу були дещо вищими, однак достовірно з показниками в основній групі не відрізнялися (табл. 1)

Вже наприкінці першого тижня терапії із включенням нуклексу у хворих на ЦД II-го типу в коморбідності з ОА виявлено зниження рівня глюкози у крові, а після закінчення використання імуноактивного засобу його рівень досягав норми

Таблиця 1

Динаміка показників вуглеводного статусу у хворих на ЦД II-го типу в коморбідності з ОА після завершення медичної реабілітації (М±m)

Основна група (n=43)		Група контролю (n=45)		p
До реабілітації	Після реабілітації	До реабілітації	Після реабілітації	
Глюкоза натще, норма (4,3±0,4) ммоль/л				
5,3±0,3	4,7±0,2*	5,8±0,4	5,0±0,2*	=0,29
Післяпрандіальна глікемія, норма (6,5±0,6) ммоль/л				
7,3±0,2	6,4±0,2***	8,2±0,3	6,9±0,4**	=0,27
HbA1c, норма (5,4±0,3) %				
6,2±0,2	5,8±0,1*	6,8±0,5	6,4±0,3	<0,05

Примітка: достовірність різниці показників у групі до і після реабілітації при значеннях p: * – <0,05; * – <0,01; *** – <0,001; p – достовірність різниці між показником у групах обстежених після медичної реабілітації

((4,7±0,2) ммоль/л, при нормі (4,2±0,4) ммоль/л; p=0,27). У групі контролю в ході курсу медичної реабілітації відмічалася позитивна динаміка глікемії; після завершення медичної реабілітації у пацієнтів рівень глюкози натще складав у середньому (5,0±0,2) ммоль/л, тобто був менше початкового в 1,16 рази (p<0,05), але вище, ніж у пацієнтів основної групи (p=0,29) (табл. 1).

Після першого тижня медичної реабілітації із використанням нуклексу виявлено значне зниження концентрації глікемії через 2 год. після прийому їжі, чого не спостерігалось в групі контролю. Через 4 тижні від початку медичної реабілітації у пацієнтів, які приймали нуклекс, середньодобові показники глікемії нормалізувалися (p<0,001 відносно початкових значень). У пацієнтів групи контролю в цей період дослідження мала місце менш виражена позитивна динаміка (в 1,19 рази; p<0,01) післяпрандіальної глікемії. До того ж у частини (19 осіб – 42,2 %) обстежених вміст глюкози через 2 год. після їди залишався підвищеним (в межах 7,8-8,6 ммоль/л). При цьому в групі пацієнтів, які отримували нуклекс, відзначено більш виражене зниження концентрації глюкози до рів-

ня, близького до нормального, особливо натще, в порівнянні з загальноприйнятим курсом медичної реабілітації (p=0,27-0,29) (табл. 1).

При повторному дослідженні (через 3 місяці після початку курсу медичної реабілітації) рівень HbA1c у пацієнтів, які отримували нуклекс знизився в 1,07 рази (p<0,05), тоді як у контрольній групі – на 6,25 % (p=0,49). Необхідно відмітити, що відмінності динаміки HbA1c між групами обстежених статистично достовірні (p<0,05) (табл. 1). Отже, використання нуклексу в комплексі медичної реабілітації ЦД II-го типу при коморбідному перебігу з ОА прискорює термін компенсації вуглеводного обміну, що проявляється позитивними змінами вмісту глюкози натщесерце та концентрації HbA1c у крові.

Концентрація ЦІК у сироватці крові хворих на ЦД II-го типу в коморбідності з ОА була підвищеною в обох групах обстежених і вірогідно не відрізнялася. Збільшення концентрації ЦІК виявлялося за рахунок середніх та дрібних фракцій (табл. 2).

При повторному дослідженні (після завершення курсу медичної реабілітації) в основній групі,

Таблиця 2

Динаміка ЦІК у сироватці крові хворих на ЦД II-го типу в коморбідності з ОА в ході медичної реабілітації (М±m)

Основна група (n=43)		Група контролю (n=45)		p
До реабілітації	Після реабілітації	До реабілітації	Після реабілітації	
ЦІК заг. норма – (0,034±0,012) ОдОЩ				
0,052±0,009	0,033±0,008	0,061±0,008	0,048±0,008	=0,19
ЦІК великі, норма – (0,014±0,008) ОдОЩ				
0,018±0,009	0,014±0,006	0,017±0,009	0,016±0,004	=0,78
ЦІК середні, норма – (0,008±0,002) ОдОЩ				
0,014±0,006	0,010±0,004	0,020±0,008	0,014±0,006	=0,58
ЦІК дрібні, норма – (0,012±0,002) ОдОЩ				
0,018±0,006	0,013±0,006	0,024±0,006	0,018±0,004	=0,56

Примітка: p – достовірність різниці між показником в групах обстежених після медичної реабілітації.

хворі якої отримували нуклекс, у переважної кількості пацієнтів (36 осіб – 83,7 %) відмічалася нормалізація і у решти – суттєве зменшення рівня ЦІКзаг. у сироватці крові. Так, рівень ЦІКзаг. у крові в середньому зменшився в 1,58 рази ($p=0,12$), що відповідало нормі. У групі контролю позитивна динаміка показника ЦІКзаг. у сироватці крові менш виражена, і при повторному дослідженні лише у 9 осіб (20,0 %) їх вміст не відрізнявся від норми, тобто в 4,19 рази рідше, ніж в основній групі. У групі контролю рівень ЦІКзаг. у крові в середньому зменшувався в 1,27 рази ($p=0,25$) і при цьому не вірогідно залишався вище норми в 1,41 рази ($p=0,34$). Необхідно відмітити, що різниця рівня ЦІКзаг. у крові в групах обстежених була на рівні тенденції ($p=0,19$) (табл. 2).

Поряд із нормалізацією рівня ЦІКзаг. у сироватці крові в основній групі спостерігалось відновлення їх фракційного складу, що проявлялось зниженням середніх (в 1,40 рази; $p=0,71$) та дрібних (в 1,38 рази; $p=0,56$) імунних комплексів. При цьому концентрація обох фракцій досягла норми: середніх – ($0,010 \pm 0,004$) ОдОЩ (при нормі ($0,008 \pm 0,002$) ОдОЩ; $p=0,66$) та дрібних – ($0,013 \pm 0,006$) ОдОЩ (при нормі ($0,012 \pm 0,002$) ОдОЩ; $p=0,87$). У групі контролю фракційний склад ЦІК також покращувався за рахунок зменшення середніх – в 1,43 рази ($p=0,55$) та дрібних – в 1,33 рази ($p=0,48$). Однак, у групі контролю зберігався певний дисбаланс фракційного складу ЦІК, за рахунок патогенних середніх (в 1,17 рази; $p=0,35$) та дрібних (в півтори рази; $p=0,18$) імунних комплексів. Необхідно зазначити, що вірогідної різниці між показниками в групах обстежених не виявлено. В результаті проведеного дослідження не встановлено динаміки щодо вмісту ЦІК великого розміру в обох групах (основної та контролю) хворих у ході медичної реабілітації (табл. 2).

Отже, отримані дані дозволяють вважати, що курсове введення нуклексу є патогенетично обґрунтованим, оскільки він сприяє нормалізації рівня ЦІК у крові, що свідчить про зменшення вираженості імунотоксичних реакцій у хворих на ЦД II-го типу в коморбідності з ОА. При застосуванні полівітамінних засобів (комплевіт) відсутня позитивна динаміка щодо концентрації ЦІК та його фракційного складу, що свідчить про збереження порушення гуморальної ланки системного імунітету.

Клінічне обстеження хворих на ЦД II-го ти-

пу в коморбідності з ОА після завершення курсу медичної реабілітації із застосуванням нуклексу показало, що у 16 осіб (37,2 %) на фоні нормалізації лабораторних показників відзначалось відновлення працездатності, фізичної активності, покращання нічного сну; у 23 осіб (53,5 %) спостерігалось істотне поліпшення вивчених лабораторних показників з покращанням самопочуття хворих. У групі контролю відновлення лабораторних показників та добре самопочуття виявлено у 9 пацієнтів (20,0 %), позитивна ж динаміка клініко-лабораторних проявів діагностована у 16 пацієнтів (35,6 %). Покращання самопочуття проявлялось зменшенням або відсутністю болю у суглобах у спокої та зменшенням тривалості скутості у суглобах вранці, що пов'язували зі стабілізацією дегенеративно-дистрофічного і зменшенням запального процесів у суглобах. Таким чином, використання нуклексу в комплексі медичної реабілітації пацієнтів з порушенням вуглеводного статусу та дегенеративно-дистрофічними процесами у суглобах сприяє поліпшенню об'єктивних (лабораторних) і суб'єктивних (самопочуття та клінічних) показників.

Через 1 місяць після завершення курсу медичної реабілітації у пацієнтів обох груп показники вуглеводного обміну у середньому залишалися без змін. Однак, у групі контролю у 19 хворих (42,2 %) було встановлено нестабільність концентрації післяпрандіальної глікемії, що потребувало збільшення дози цукрознижувальних засобів; серед них у 20,0 % випадків відмічалися хворі з ускладненнями ЦД (мікро- та макроангіопатії). В основній групі лише у 3-х пацієнтів (7,0 %) було встановлено збільшення концентрації середньодобової глікемії, за рахунок рівня післяпрандіальної глюкози.

Отже, покращання самопочуття та клінічного перебігу коморбідної патології ЦД II-го типу та ОА у пацієнтів, які отримували нуклекс, ми пов'язуємо із кардіотропним ефектом – підвищенням фракції викиду лівого шлуночка за рахунок зменшення ішемізації міокарду, а також протизапальною активністю, що сприяє стабілізації дегенеративно-запального процесу при ОА та зменшення ймовірності формування мікро- та макроангіопатій при ЦД II-го типу.

Імунологічне обстеження хворих в періоді диспансерного спостереження (через 6 місяців) дозволило встановити, що у хворих, яким призначалася медична реабілітація за допомогою нуклексу,

рівень ЦІК та їх фракційний склад зберігалися в межах референтних значень, тому тривалість фізичного навантаження без болю та задишки не зменшувалася, а у 11 пацієнтів (25,6 %) – навіть збільшувалася. У групі контролю відбувалося зростання концентрації ЦІК за рахунок переважно дрібних фракцій імунних комплексів, що клінічно проявлялося погіршенням самопочуття та збільшенням больового синдрому, а також зменшенням дистанції, яку вони могли пройти без болю та задишки. Водночас, серед пацієнтів групи спостереження, які додатково в курсі медичної реабілітації отримували нуклекс, не було виявлено збільшення кількості пацієнтів, яким рекомендували використання комбінованих кардіотропних засобів.

Отже, враховуючи покращання вуглеводного обміну (досягнення цільових значень глюкози у крові), стабілізацію показників ЦІК у крові хворих, що забезпечує не лише покращання клініко-лабораторних показників, а й уникнення серцево-судинних ризиків, можна зробити висновок про доцільність призначення нуклексу в комплексі медичної реабілітації хворих на ЦД II-го типу

в коморбідності з дегенеративно-дистрофічним процесом у суглобах.

Висновки

1. Застосування нуклексу в комбінації із цукрознижувальними препаратами в комплексі медичної реабілітації хворих на ЦД II-го типу у коморбідності з ОА збільшувало ефективність гіпоглікемічного лікування, що проявлялося покращанням показників глікемічного профілю.

2. Необхідність проведення комплексної медичної реабілітації хворих на ЦД II-го типу в коморбідності з ОА підтверджується відновленням працездатності, зменшенням больового та астено-невротичного синдромів, що патогенетично проявлялося нормалізацією рівня ЦІК та їх фракційного складу у крові.

3. У подальших дослідженнях планується відстежити динаміку ліпідного обміну та функціональний стан ендотелію при ЦД II-го типу у хворих з коморбідним перебігом з дегенеративно-дистрофічними процесами у суглобах.

Литература

1. Буряк И.С., Волков К.Ю. Остеоартроз как комплексная проблема: взгляд практикующего ревматолога / Русский мед. журн. Медицинское обозрение. – 2015. – Т. 23. – № 25. – С. 1487-1490.
2. Власенко А. Остеоартроз: современное состояние проблемы / Врач. – 2016. – № 10. – С. 2-7.
3. Журавлева Л.В., Олейник М.А. Влияние сахарного диабета 2 типа и ожирения на клинические проявления остеоартроза и их связь с цитокинами / Науч. вестн. Белгород. гос. универ. Серия: Медицина. Фармация. – 2015. – № 10(207). – С. 26-34.
4. Замятина Е.А., Багирова Г.Г., Цурко В.В. Остеоартроз: ведение пациентов с учетом коморбидности и приверженности к лечению / Практик. врач сегодня. – 2014. – № 2-3. – С. 21-31.
5. Зяблицев С.В., Чернобровцев О.П., Зяблицев Д.С. / Показники ендотеліальної дисфункції при цукровому діабеті 2-го типу як визначальні чинники розвитку ускладнень / Міжнарод. ендокринол. журн. – 2018. – №7. – Т.14. – С. 661-667.
6. Кабалык М.А., Сильванович К.И., Халиман А.А. Остеоартроз и коморбидность: распространённость и классификация / Молод. учен. – 2016. – № 10 (114). – С. 500-503.
7. Кондрацкая И.Н. Сахарный диабет 2 типа: критерии постановки диагноза, принципы первичной антигиперглицемической терапии / Пробл. эндокрин. патол. – 2015. – №2 (52). – С. 119-122.
8. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Основные принципы применения статистических методов в клинических испытаниях. – Киев: Морион, 2002. – 160 с.
9. Нуклекс: інструкція для медичного застосування препарату / Затверджено МОЗ України від 2015-07-15 р. № 432.
10. Семидоцкая Ж.Д., Чернякова И.А., Бездетко Т.В. и др. Опыт применения нуклеината в лечении длительно и часто болеющих пациентов / Нов. мед. и фармац. – 2007. – № 16.
11. Фролов В.М., Пересадин Н.А., Рычнев В.Е. Исследование циркулирующих иммунных комплексов их диагностическое и прогностическое значение / Лабор. дело. – 1986. – № 3. – С. 159-161.
12. Шевченко А.Н., Коваленко Л.И., Крикун Е.Н. Функциональная активность лейкоцитов периферической крови при вторично хроническом воспалении на фоне применения натрия нуклеината / Науч. вестн. Белгород. гос. универ. Серия: Медицина. Фармация. – 2013. – № 18 (161). – Вып. 23. – С. 142-145.
13. Garber A.J., Abrahamson M.J., Barzilay J.I. et al. Consensus statement by the American association of clinical endocrinologists and American college of endocrinology on the comprehensive type 2 diabetes management algorithm-2016 executive summary / Endocr Pract. – 2016. – № 22(1). – P. 84-113.

Надійшла до редакції 26 жовтня 2020 р.

Прийнято до друку 24 листопада 2020 р.

Є. Ф. Гузинець

КОМПЛЕКСНА МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ У КОМОРБІДНОСТІ З ОСТЕОАРТРОЗОМ

Ключові слова: цукровий діабет, остеоартроз, реабілітація, нуклекс

У періоді диспансерного спостереження у хворих на цукровий діабет (ЦД) II-го типу в коморбідності з остеоартрозом (ОА) спостерігається погіршення самопочуття (посилення болю у спокої та вночі) та нестабільність глікемічного статусу, що потребує не лише застосування лікувальної гімнастики, а й призначення медичної реабілітації. Застосування нуклексу в комбінації із цукрознижувальними препаратами в комплексі медичної реабілітації спостережуваних пацієнтів збільшувало ефективність гіпоглікемічного лікування, що проявлялося покращанням показників глікемічного профілю. В обстежених хворих після завершення курсу медичної реабілітації спостерігалось відновлення працездатності, зменшення болювого синдрому, а також нормалізація у крові рівня ЦІК та їх фракційного складу.

Е. Ф. Гузинец

КОМПЛЕКСНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В КОМОРБИДНОСТИ С ОСТЕОАРТРОЗОМ

Ключевые слова: сахарный диабет, остеоартроз, реабилитация, нуклекс.

В периоде диспансерного наблюдения у больных сахарным диабетом (СД) II-го типа в коморбидности с остеоартрозом (ОА) наблюдается ухудшение самочувствия (усиление боли в покое и ночью) и нестабильность гликемического статуса, что требовало не только применения лечебной гимнастики, но и назначения медицинской реабилитации. Применение нуклекса в сочетании с сахароснижающими

препаратами в комплексе медицинской реабилитации данных пациентов увеличивало эффективность гипогликемического лечения, что проявлялось улучшением показателей гликемического профиля. У обследованных больных после завершения курса медицинской реабилитации наблюдалось восстановление работоспособности, уменьшение болевого синдрома, а также нормализация в крови уровня ЦИК и их фракционного состава.

E. F. Huzynets

COMPREHENSIVE MEDICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2 IN COMORBIDITY WITH OSTEOARTHRITIS

Keywords: diabetes mellitus, osteoarthritis, rehabilitation, Nuclex.

In the period of dispensary observation, patients with type II diabetes mellitus (DM) in comorbidity with osteoarthritis (OA) showed a deterioration in well-being (increased pain at rest and at night) and instability of the glycemic status, which required not only the use of therapeutic gymnastics, but also the appointment of medical rehabilitation. The use of nuclex in combination with hypoglycemic drugs in the complex of medical rehabilitation of these patients increased the effectiveness of hypoglycemic treatment, which was manifested by an improvement in the glycemic profile. In the examined patients, after completing the course of medical rehabilitation, recovery of working capacity, reduction of pain syndrome, as well as normalization of the CIC level and their fractional composition in the blood were observed.

Електронна адреса для листування з автором:

e-mail: zhenichka.lebovich@gmail.com (Гузинець Євгенія Федорівна).



DOI:10.33617/2522-9680-2020-4-27

УДК 615.015:546.57:541.182.024:612.08

АНТИСЕПТИКИ НА ОСНОВІ ПОЛІГЕКСАМЕТИЛЕНГУАНІДИНУ ЯК ПЕРСПЕКТИВНІ ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ В УМОВАХ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

- А. І. Дорошенко, асист. каф. фармакол.
Г. В. Зайченко, д. мед. н., проф. зав. каф. фармакол.
Н. О. Горчакова, д. мед. н. проф. каф. фармакол.

- Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ

Вступ. У глобальних масштабах захворювання, викликані стійкими до антибіотиків мікроорганізмами вже зараз призводять, як мінімум, до 700 тисяч випадків смерті на рік. У разі бездіяльності цей показник може зрости до 2050 р. до 10

млн. випадків смерті у світі. Без спрямованих зусиль щодо стримування стійкості до протимікробних препаратів за період 2015-2050 рр. у країнах із високим рівнем доходу може померти близько 2,4 млн. осіб [1].