

показники (IgE) до та після проведення процедури аферезу вони відповідно становили: до 1-го сеансу –  $439,7 \pm 5,1$  МО/мл, після 5-го –  $136,5 \pm 3,4$  МО/мл. У I групі показники IgE достовірно не відрізнялись 1-й день –  $409,9 \pm 5,9$ , на 6 добу  $378,5 \pm 8,3$ . Натомість в 2-ій групі коефіцієнт достовірності становив  $p < 0,05$ . Додаткове використання салбутамолу 100мкг складало  $5,1 \pm 2,1$  у I групі та  $2,2 \pm 0,8$  у II групі. Отримані результати свідчать про позитивний вплив сеансів ПФ на ФЗД, показники IgE та рівень контролю БА. Найкращий результат має місце у осіб з початково високим рівнем IgE, що пов'язано не тільки з механічним видаленням токсичних речовин, але й антитіл, які володіють блокуючою дією на  $\beta_2$ -адренорецептори.

Висновки: плазмаферез є ефективним немедикаментозним методом лікування неконтрольованої БА, зменшує резистентність до ГКС, підвищує чутливість  $\beta_2$ -адренорецепторів до симпатоміметиків, абсорбує ЦПК та IgE, збільшує рівень контролю та може бути рекомендований для використання в клінічній практиці.

## **ОЦІНКА КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРИТ В ПОЄДНАННІ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

*Рибальченко Є., Савуляк Т., Семонченков А., Швець С.*

*Наукові керівники: ас. Лебідь В.*

*Кафедра сімейної медицини і терапії*

*Полтавський державний медичний університет*

Остеоартрит (ОА) – найрозповсюдженіше хронічне захворювання з стійкою втратою працездатності, складністю в лікуванні та ранньою інвалідизацією хворих. ОА відноситься до хвороб з високою коморбідністю і часто поєднується з артеріальною гіпертензією, атеросклерозом, ішемічною хворобою серця.

Мета дослідження: дослідити вплив хондропротективної терапії на якість життя хворих літнього віку з ОА в поєднанні з коморбідною патологією.

У дослідження включені 50 хворих на ОА з синовітом колінних суглобів чоловіків та жінок віком від 56-75 років, розділених по групам: 1 група – ( $n = 25$  хворих), яка отримувала хондропротектор (глюкозаміну сульфат – по 2 мл внутрішньом'язево 1 раз на добу, № 20

ін'єкцій), а потім глюкозаміну сульфат 1500 мг – по 1 саше внутрішньо 1 раз на добу після їжі, 3 місяці; 2 група – (n = 25 хворих) не отримувала хондропротективної терапії. Усі пацієнти отримували терапію супутніх захворювань: приймали антигіпертензивні препарати (амлодипін 5 мг/ гідрохлортиазид 12,5 мг/ валсартан Н 160 мг або валсартан 80 (160) мг на добу внутрішньо, постійно), антигіпертензивний, седативний фітопрепарат (Сонормін по 1-2 капсули 1 раз на добу внутрішньо ввечері за 30 хвилин до сну, 30 днів), вітаміни (вітамін D3 по 2000 МО на добу після їжі внутрішньо, 12 місяців).

Для визначення ефективності лікування нами використовувались наступні дані: показники індексу Лекена, шкали WOMAC, ВАШ в динаміці через 3 місяці після початку обстеження, вираженість синовіту за даними УЗД дослідження суглобів. Відмічена позитивна динаміка функціонального стану опорно-рухового апарату в обох групах пацієнтів: через 3 місяці терапії ОА синовіту за даними УЗД та клінічно не було виявлено у жодного з обстежених пацієнтів. У той же час показники якості життя були вищими у пацієнтів першої групи. Відмічалось більш виражене зниження індексу Лекена ( $6,2 \pm 1,21$  в першій групі та  $8,1 \pm 1,25$  в другій групі), за показниками шкали WOMAC по всім 17 пунктам відмічалось достовірне ( $p < 0,05$ ) покращення у першій групі у порівнянні із другою, відрізнялись показники шкали ВАШ ( $7,4 \pm 1,1$  в першій групі та  $6,5 \pm 1,3$  в другій групі).

Таким чином, призначення хондропротективної терапії на фоні комплексно-орієнтованого підходу в лікуванні ОА значно покращує якість життя пацієнтів, зменшує клінічні прояви захворювання та може бути рекомендована у хворих на ОА у поєднанні з коморбідною патологією.