

ХАРКІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Експериментальна і клінічна МЕДИЦИНА



ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

2001 №3

Редакційна колегія:

Головний редактор **А. Я. ЦИГАНЕНКО**

М.П. Воронцов, М.О. Клименко, В.М. Козько, О. М. Козицька (секретар), М.В. Кривонос (заступник головного редактора), В.І. Куцевляк, Л.Т. Мала, С.Ю. Масловський, Ю. С. Паращук (заступник головного редактора), В.С. Приходько, В.О. Сипливи (заступник головного редактора), О. Ю. Степаненко (виконавчий редактор)

Редакційна рада: *В.В. Бобін (Харків), В.В. Бойко (Харків), П.А. Бездітко (Харків), О.Ф. Возіанов (Київ), П.В. Волошин (Харків), В.І. Грищенко (Харків), Є.Г. Дубенко (Харків), Г.І. Дуденко (Харків), В.І. Жуков (Харків), М.О. Корж (Харків), І.К. Латогуз (Харків), В.М. Лісовий (Харків), В.М. Лупир (Харків), Ю.В. Одинець (Харків), М.І. Пилипенко (Харків), Г.П. Рузін (Харків), М.С. Скрипников (Полтава), М.І. Хвисьюк (Харків), В.М. Хворостинка (Харків), Ю.Б. Чайковський (Київ), В.П. Черних (Харків), В.С. Яворський (Харків), А.Ф. Яковцова (Харків)*

Редактор *В.М. Ходоревська*
Комп'ютерна верстка *О.М. Козицька*

Засновник:
Харківський державний медичний університет
Україна, 61022, Харків, просп. Леніна, 4
Свідоцтво про державну реєстрацію КВ № 3339 від 06.07.98
Періодичність видання – 4 рази на рік

Рекомендовано до друку Вченою радою ХДМУ.
Протокол № 6 від 21.06.01

Підписано до друку 30.08.01. Ум.друк. арк. 10,6. Ум.фарбо-відб. 10,85. Обл.-вид.арк. 14,5
Формат 60x84 1/8. Папір офс. Друк. офс. Тираж 500 прим. Замовл. *625/1876*
Адреса редакції: Україна, 61022, Харків, просп. Леніна, 4. ХДМУ. Тел.: (0572) 40-26-00
e-mail *advin@ic.kharkov.ua*

Надруковано видавництвом Харківського державного автомобільно-дорожнього
технічного університету. Україна, 61002, Харків, вул. Петровського, 25

Зміст

Теоретична і експериментальна медицина

<i>Н.А. Клименко, Г.Ю. Пышное. Модуляция воспаления биологически активными веществами тучных клеток и их антагонистами</i>	6
<i>Н.И. Горбенко, В.В. Полтораки, А.И. Гладких, О.В. Иванова. Влияние фенсуцинала на развитие вторичной инсулинорезистентности у крыс со стрептозотоциновым диабетом</i>	8
<i>В.Н. Швеи, Н.П. Рудько, В.В. Давыдов, А.И. Панасенко, Е.Г. Книш, Т.В. Горбач. Действие производных 1,2,4-тиотриазол-5-меркаптоуксусной кислоты на содержание катехоламинов в крови взрослых и старых крыс при стрессе</i>	11
<i>А.И. Гоженко, В.П. Бабий, С.Г. Котюжинская, И.В. Николаевская. Роль оксида азота в механизмах воспаления (обзор)</i>	13
<i>Я.Е. Вікман, Є.Б. Радзішевська, Я.П. Сотніков, В.В. Романенко, Ю.І. Кокот, Я.К. Радзішевська, В.Г. Гордієнко. Експертна система для діагностики дифузних уражень печінки</i>	16
<i>И.Д. Сапегин. Протекторное действие комбинации эфедрина, пикамилона, тиотриазолина и этамзилата при нарушениях кровоснабжения и кислородного баланса мозга, вызванных действием общей вибрации в эксперименте</i>	21
<i>В.В. Чикиткина, Т.В. Бомко, И.В. Кузнецова, О.С. Данькевич. Влияние капсул «Прополтин» на функциональную активность желудочно-кишечного тракта</i>	25
<i>Е.Г. Вередина. Эффективность суммы флавоноидов ромашки аптечной при хроническом токсическом поражении печени четыреххлористым углеродом</i>	28
<i>В.Д. Садчиков, К.А. Галахин, М.В. Садчикова, А.В. Маслов, А.Е. Олейник. Морфогенез основных типов раннего рака желудка. (Сообщение 1)</i>	32

Терапія

<i>Л.А. Лапшина, Н.П. Дикий, Е.П. Медведова, Ю.В. Ляшко. Гемодинамические маркеры прогрессирующего развития пограничной артериальной гипертензии по результатам двухлетнего наблюдения</i>	35
<i>В.А. Чернышов. Характеристика липидотранспортных систем у больных ишемической болезнью сердца с дислипотеидемией</i>	38
<i>А.В. Ягенский. Сравнительная оценка диастолической функции левого желудочка при его дилатации у больных с дилатационной кардиомиопатией и недостаточностью аортального клапана</i>	42
<i>Л.М. Самохина, Е.Н. Гольдрин. Нетрипсиноподобная протеиназа химаза и α-1-ингибитор протеиназ у больных гипертонической болезнью</i>	46
<i>Ж.Д. Семидоцкая, Т.С. Оспанова, Е.М. Власенко, Н.С. Кушнарченко. Эднит в нефрологической практике</i>	48
<i>Е. В. Луковская. Содержание альдостерона и электролитов в плазме крови больных системной склеродермией</i>	51
<i>О.А. Гончарова. Половой диморфизм в повозрастной динамике частоты микроальбуминурии у больных сахарным диабетом 1 типа</i>	53
<i>Н.Г. Бойко, Ю.А. Капустник, Д.Н. Бойко, Т.А. Хмель. Применение вермилата при терапии больных с хронической болезнью легких</i>	55
<i>Г.Н. Солоденко, В.В. Дець, Л.С. Кравченко, А.Г. Солоденко. Применение апитоксинотерапии в артрологии</i>	58
<i>Л.Н. Дереча. Перераспределение макроэлементов в органах и тканях при остром отравлении этанолом</i>	61
<i>В.Л. Герасименко. Современные аспекты проблемы лечения диффузного токсического зоба</i>	63

8. Feldt-Rasmussen B., Mathiesen E. R., Jensen T. et al. Effect of improved metabolic control on loss of kidney function in type 1 (insulin-dependent) diabetic patients: an update of the steno studies. *Diabetologia* 1991; 34: 164–170.

СТАТЕВИЙ ДИМОРФІЗМ У ВІКОВІЙ ДИНАМІЦІ ЧАСТОТИ МІКРОАЛЬБУМІНУРІЇ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ І ТИПУ

О.А. Гончарова

У 178 хворих на ЦД I типу проведено дослідження частоти мікроальбумінурії (МА) як провісника ДН в залежності від статі, віку, тривалості діабету та віку до моменту маніфестації. Виявлена присутність статевого диморфізму в частоті МА в залежності від віку хворих на ЦД I типу.

Ключові слова: цукровий діабет I типу, мікроальбумінурія, статевий диморфізм.

SEX DIMORPHISM IN AGE DYNAMICS OF MICROALBUMINURYS PREVALENCE AND I TYPE DIABETES MELLITUS

О.А. Goncharova

The paper analyses the dependence of microalbuminury's prevalence of age and 1 type diabetes duration in male and female. It has been studied 178 patients with I type diabetes mellitus. It has revealed sex difference in prevalence of microalbuminury in dependence of age.

Key words: diabetes mellitus 1 type, microalbuminury, sex difference.

ПРИМЕНЕНИЕ ВЕРМИЛАТА ПРИ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Н.Г. Бойко, Ю.А. Капустник, Д.Н. Бойко, Т.А. Хміль

Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава

Обследованы больные хроническим необструктивным бронхитом (ХНБ), хроническим обструктивным бронхитом (ХОБ) II ст. и хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Помимо базисной терапии, больным в экспериментальных группах проводилось небулирование полипептидного препарата «Вермилат» в дозе 0,6 мг 2 раза в день в течение 10 дней. В результате проведенного лечения наблюдалось улучшение клинического течения и показателей функции внешнего дыхания ХНБ, ХОБ II ст. и в меньшей мере ХОБЛ, более выраженное при лечении вермилатом.

Ключевые слова: вермилат, небулирование, хронический необструктивный бронхит, хронический обструктивный бронхит, хроническая обструктивная болезнь легких, функция внешнего дыхания.

В последние годы в связи с отчетливым ростом распространенности хронического необструктивного бронхита (ХНБ) и обструктивной патологии легких (хронический обструктивный бронхит–ХОБ, хроническая обструктивная болезнь легких–ХОБЛ) все большее значение приобретает своевременное и эффективное лечение этих заболеваний [1–3].

Вермилат воздействует на все этапы воспалительного процесса: имеет антиальтеративное, антиэкссудативное, антипролиферативное действие. Он влияет на регенерацию соединительной ткани, обладает иммуномодулирующим эффектом, антиоксидантным действием, а также может непрямым действием влиять на активность перекисного окисления липидов.

Вермилат — это полипептидный препарат, имеющий большой заряд молекулы, в связи с чем ему свойственна тропность к соединительной ткани, что важно при нарушении обмена этой ткани при воспалительном процессе, в частности при ХОБЛ.

Вермилат имеет колагенопротекторный эффект, который определяется по снижению скорости распада коллагена. Действие препарата на метаболизм соединительной ткани основывается на снижении активности коллагенолиза, что сопровождается снижением концентрации в сыворотке крови одного из конечных продуктов деструкции коллагена — оксипролина.

Ранее нами проводились клинико-экспериментальные исследования, в которых было доказано более выраженное позитивное действие вермилата при терапии экспериментальной ХОБЛ по сравнению с базисной [4].

Целью исследования явилось изучение изменений клинического течения ХОБ и нарушений функций внешнего дыхания (ФВД) при применении вермилата в комплексном лечении ХНБ, ХОБ II ст. и ХОБЛ.

Вермилат — новый препарат пептидов, выделенных из ткани кольчатых червей *Eisenia foetida* по оригинальной методике [1]. Это лекарственное средство разработано сотрудниками Украинской медицинской стоматологической академии при содействии Института фармакологии и токсикологии АМН Украины [5, 6].

Способом применения вермилата было избрано небулирование, которое обеспечивает оптимальную возможность для доставки лекарственного препарата в бронхи, в связи с чем он был создан в виде высокодисперсного аэрозоля [7, 8].

Материал и методы. Обследованы больные, находившиеся на лечении в пульмонологическом отделении Полтавской областной клинической больницы им. Н.В. Склифосовского. В экспериментальные группы вошли 24 больных ХНБ, 22 больных ХОБ II ст. и 18 больных ХОБЛ; в контрольные — соответ-

ственно 22, 22 и 20 больных. Все больные ХОБ были в фазе умеренного обострения. Всем больным проводилась базисная терапия (атровент, муколитики, мукокинетики, антибиотики по показаниям). В экспериментальных группах в дополнение к базисной терапии проводилось небулирование полипептидного препарата «Вермилат» в дозе 0,6 мг² раза в день с использованием небулайзера Pari Boy. Курс проводимой терапии составил 10 дней. До начала терапии и после окончания курса лечения оценивали клиническое состояние больных, исследовали показатели ФВД (ЖЕЛ, ОФВ₁, ОФВ₁/ЖЕЛ, МОС₅₀ и МОС₇₅), определяемые при помощи аппарата Пульмомент-3. Должные величины этих показателей рассчитывали по формулам [9].

Статистическая обработка проводилась с использованием критерия Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. При применении вермилата отмечено значительное облегчение отделения мокроты и увеличение ее количества в первые 3–5 дней терапии у больных с влажным кашлем. В последующем количество отделяемой мокроты уменьшалось, отмечалось или полное исчезновение влажных хрипов у части больных или значительное уменьшение их количества. Это было наиболее выражено у больных ХОБ II ст., тогда как при ХОБЛ количество отделяемой мокроты и количество влажных хрипов уменьшалось в меньшей степени (с 77,7 до 38,8 % от общего числа). При ХНБ после лечения вермилатом уменьшились сухие хрипы (с 91,6 до 37,5 %), что в контрольной группе не наблюдалось (с 86 до 63,6 %); при ХОБ II ст. эти по-

казатели свидетельствуют об эффекте лечения вермилатом (со 100 до 45,4 % в экспериментальной группе и со 100 до 68,1 % в контрольной группе). В группах больных, получавших только базисную терапию, такой выраженный эффект не наблюдался (с 70 до 45 %), происходило постепенное, более медленное уменьшение количества мокроты. У пациентов с ХНБ различия были мало заметны в связи с исходным небольшим количеством мокроты у них (табл. 1). Уменьшилась также выраженность одышки, особенно в покое (при ХОБЛ с 83,3 до 50 %).

Объективно улучшение бронхиальной проходимости в результате проведенного лечения отражало изменение показателей ФВД (табл. 2). У больных ХНБ показатели до и после лечения как в контрольной, так и в экспериментальной группе находились в пределах нормы и изменились недостоверно, что подтверждает отсутствие у них бронхоспазма.

Проведенное лечение существенно повлияло и на снижение одышки при физической нагрузке у больных ХНБ (с 29,1 до 12,5 %).

У больных ХОБ II ст. в экспериментальной группе наблюдалось достоверное увеличение показателей ОФВ₁, МОС₅₀, МОС₇₅. Это свидетельствует об улучшении бронхиальной проходимости на уровне мелких и средних бронхов. В контрольной группе эти показатели изменились недостоверно.

У больных ХОБЛ достоверной динамики показателей ФВД не наблюдалось как в клинической, так и в экспериментальной группе. Это свидетельствует о необратимом характере бронхообструкции

Таблица 1. Динамика основных клинических симптомов ХОБ под влиянием терапии (количество больных, у которых имелись клинические признаки ХОБ)

Заболевание и клин. симптом	Контрольная группа		Экспериментальная группа	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
ХНБ (n_{контр}=22; n_{эксп}=24)				
сухой кашель	17 (77,2)	12 (54,5)	15 (62,5)	7 (29,1)
влажный кашель	5 (22,7)	—	4 (16,6)	—
одышка в покое	—	—	—	—
одышка при физической нагрузке	6 (27,2)	5 (22,7)	7 (29,1)	3 (12,5)
сухие хрипы	19 (86,3)	14 (63,6)	22 (91,6)	9 (37,5)
влажные хрипы	1 (4,5)	—	3 (12,5)	—
ХОБ II ст. (n_{контр}=22; n_{эксп}=22)				
сухой кашель	11 (50)	12 (54,5)	13 (59)	9 (40,9)
влажный кашель	11 (50)	7 (31,8)	9 (40,9)	6 (27,2)
одышка в покое	12 (54,5)	9 (40,9)	11 (50)	5 (22,7)
одышка при физической нагрузке	20 (90,9)	13 (59)	21 (95,4)	8 (36,3)
сухие хрипы	22 (100)	15 (68,1)	22 (100)	10 (45,4)
влажные хрипы	9 (40,9)	4 (18,1)	12 (50)	3 (13,6)
ХОБЛ (n_{контр}=20; n_{эксп}=18)				
сухой кашель	9 (45)	9 (45)	10 (55,5)	12 (66,6)
влажный кашель	11 (55)	8 (40)	8 (44,4)	4 (22,2)
одышка в покое	17 (85)	14 (70)	15 (83,3)	9 (50)
одышка при физической нагрузке	20 (100)	19 (95)	18 (100)	18 (100)
сухие хрипы	20 (100)	20 (100)	18 (100)	18 (100)
влажные хрипы	14 (70)	9 (45)	14 (77,7)	7 (38,8)

Примечание. В скобках — %.

Таблиця 2. Изменение показателей функции внешнего дыхания у больных

Заболевание и клин. симптом	Контрольная группа		Экспериментальная группа	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
ХНБ (n_{контр}=22; n_{эксп}=24)				
ЖЕЛ, % от должн.	76,8±6,4	79,2±7,2	75,1±6,1	79,6±5,7
ОФВ ₁ , % от должн.	83,2±4,3	87,3±5,0	84,9±4,7	86,7±5,3
индекс Тиффно	73,4±3,8	75,1±4,3	76,0±4,1	79,2±5,5
МОС ₅₀ , % от должн.	67,7±6,2	68,7±5,6	66,4±6,0	69,8±4,8
МОС ₇₅ , % от должн.	64,5±5,2	68,1±5,7	67,2±4,1	69,9±5,2
ХОБ II ст. (n_{контр}=22; n_{эксп}=22)				
ЖЕЛ, % от должн.	46,9±4,1	47,8±3,4	47,3±5,0	48,9±4,8
ОФВ ₁ , % от должн.	47,1±3,2	53,3±2,9	46,7±3,7	54,2±2,8*
индекс Тиффно	46,2±3,8	52,4±5,2	47,1±5,0	54,7±2,8
МОС ₅₀ , % от должн.	40,2±2,6	43,3±4,5	41,1±2,9	46,7±2,1*
МОС ₇₅ , % от должн.	44,1±1,8	48,2±2,1*	43,7±2,4	50,0±2,7*
ХОБЛ (n_{контр}=20; n_{эксп}=18)				
ЖЕЛ, % от должн.	37,8±2,2	39,1±3,6	38,9±3,7	40,2±3,0
ОФВ ₁ , % от должн.	36,6±3,4	39,5±2,7	38,0±3,6	39,1±4,1
индекс Тиффно	37,6±2,9	39,5±4,2	40,6±3,9	41,7±2,7
МОС ₅₀ , % от должн.	31,8±3,3	33,1±4,9	30,2±5,3	34,2±4,4
МОС ₇₅ , % от должн.	33,7±2,1	36,3±3,4	32,8±3,7	36,0±3,5

* p<0,05.

при данном заболевании, которая обусловлена морфологическими изменениями мелких бронхов и бронхиол и резистентна к фармакологическим воздействиям. Несмотря на отсутствие изменений показателей вентиляционной функции легких, больные в экспериментальной группе отмечали улучшение общего состояния, что можно объяснить общим стимулирующим действием вермилата.

Вермилат хорошо переносился всеми больными. Бронхоспастические реакции при его применении не наблюдались.

Список литературы

1. Феценко Ю.И., Яшина Л.А. Хронический обструктивный бронхит. Лікування та діагностика 1998; 3: 27–31.
2. Феценко Ю.И. Сучасні проблеми пульмонології. Укр. пульмонол. журн. 1997; 2: 3–9.
3. Чучалин А.Г. Хронический обструктивный бронхит. Тер. архив 1997; 3: 5–9.
4. Бойко М.Г., Капустник Ю.О., Бойко Д.М. Морфологічна характеристика експериментального хронічного запального процесу в бронхолегеневому комплексі на ранньому етапі формування та шляхи його корекції вермілатом та дексаметазоном. Вісн. проблем біології і медицини 2001; 4: 43–48.
5. Пат. Украины 5743. Препарат тканинних біологічно-активних речовин, який має регенеративну дію, та спосіб його одержання. Кайдашев І.П., Катрушов А.В., Цебержинський О.І. і др. Бюл. №8-1, 1994.
6. Лобурець В.В., Безшапочний С.Б., Кайдашев І.П. Використання препарату «Вермілат» при проведенні ендоназальних оперативних втручань. Журн. вушних, носових і горлових хвороб 1999; 5: 63–67.
7. Геппе Н.А. Небулайзерная терапия при бронхиальной астме у детей. Тер. архив 1999; 10: 42–48.
8. Grossman J. The evolution of inhaler technology. J. Asthma 1994; 31, 1: 55–64.
9. Клемент Р.Ф., Лаврушин А.А., Тер-Погосян П.А. и др. Инструкция по применению формул и таблиц должных величин основных спирографических показателей. Л., 1986. 136 с.

ВИКОРИСТАННЯ ВЕРМІЛАТУ ПРИ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ З ОБСТРУКТИВНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ЛЕГЕНЬ

М.Г. Бойко, Ю.О. Капустник, Д.М. Бойко, Т.А. Хміль

Обстежені хворі на хронічний необструктивний бронхіт (ХНБ), хронічний обструктивний бронхіт (ХОБ) II ст. і хронічну обструктивну хворобу легень (ХОХЛ). У експериментальних групах на додаток до базисної терапії проводилось небулювання поліпептидного препарату «Вермілат» у дозі 0,6 мг 2 рази на день протягом 10 днів. У результаті проведеного лікування спостерігалось поліпшення клінічного перебігу і показників функції зовнішнього дихання ХНБ, ХОБ II ст. і меншою мірою ХОБЛ, більш виражене при лікуванні вермілатом.

Ключові слова: вермілат, небулювання, хронічний необструктивний бронхіт, хронічний обструктивний бронхіт, хронічна обструктивна хвороба легень, функція зовнішнього дихання.

USING WERMILATE IN TREATMENT OF PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE PATHOLOGY DISEASE

N.G. Boyko, Yu.A. Kapustnik, D.N. Boyko, T.A. Khmil

The patients with chronic nonobstructive bronchitis (ChNB), chronic obstructive bronchitis (ChOB) II st. and chronic obstructive pulmonary disease (COPD) were investigated. In experimental groups in addition to basis therapy the nebulization of polypeptide drug wermilate in dose 0,6 mg 2 times per day were fulfilled duration 10 days. In the result of treatment improvement clinical flow and indices out-breath function OBF of ChNB, ChOB and in less COPD were observed. More positive dynamic observed after therapy by wermilate.

Key words: wermilate, nebulization, chronic nonobstructive bronchitis, chronic obstructive bronchitis, chronic obstructive pulmonary disease, out-breath function.

ПРИМЕНЕНИЕ АПИТОКСИНОТЕРАПИИ В АРТРОЛОГИИ

Г.Н. Солоденко, В.В. Дець, Л.С. Кравченко, А.Г. Солоденко

Одесский государственный медицинский университет

Исследована эффективность включения в комплексное лечение больных ревматоидным артритом (РА) и деформирующим остеоартрозом (ДОА) апитоксинотерапии (АТТ). Основная группа больных РА и ДОА на фоне обычной терапии нестероидными противовоспалительными средствами (НПВС) получала АТТ на протяжении 1,5–2 мес. В контрольных группах больные получали только НПВС. Установлено, что применение АТТ значительно повышает эффективность лечения больных РА и ДОА, уменьшает количество рецидивов в ближайший год после лечения.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, деформирующий остеоартроз, апитоксинотерапия.

За последние десятилетия достигнуты значительные успехи в изучении этиологии, патогенеза, особенностей клинического течения и в лечении ревматических заболеваний [1–3]. В арсенале врача появилось много новых эффективных и сильнодействующих противовоспалительных и болеутоляющих препаратов [4]. Однако и сегодня вопросы эффективного и безопасного лечения суставной патологии разработаны еще недостаточно. Общеизвестным является тот факт, что чем более эффективным является применяемый препарат, тем меньше диапазон его терапевтического действия и раньше проявляется токсический эффект. Поэтому не ослабевают интерес практических врачей к возможностям нелекарственных методов лечения (иглорефлексотерапия, фитотерапия, апитерапия и др.). Широкое применение в артрологической практике имеют продукты пчеловодства — мед, маточное молочко, прополис и пчелиный яд [5–7].

Многолетняя практика показала, что одним из наиболее эффективных методов лечения заболеваний суставов является применение пчелиного яда в виде мазей, электрофореза, фонофореза и особенно в виде ужалений пчелы [7, 8]. Пчелиный яд в качестве лечебного средства используется в артрологии с древних времен. Известно, что еще Карл Великий и Иван Грозный излечились от подагры с помощью ужалений пчел [5]. И это не удивительно, так как при научных исследованиях было убедительно доказано, что пчелиный яд обладает противовоспалительным, иммуностимулирующим, десенсибилизирующим, спазмолитическим, болеутоляющим, антибиотическим и многими-многими другими полезными свойствами [6, 9]. Однако, хотя апитоксинотерапия (АТТ) в виде ужалений пчелы применяется для лечения суставной патологии во многих странах, литературные данные о ней немногочисленны и противоречивы.

Целью настоящей работы явилось изучение результатов применения апитоксинотерапии в комплексном лечении больных ревматоидным артритом (РА) и деформирующим остеоартрозом (ДОА).

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 75 больных в возрасте от 27 до 63 лет, из них 23 мужчины и 53 женщины. РА страдал 41 больной, ДОА — 34. Первый этап лечения больные проходили в условиях стационара, а затем продолжали амбулаторно.

У больных РА заболевание характеризовалось медленно прогрессирующим течением с давностью от 7–8 мес. до 9 лет. Преобладала I–II степень активности воспалительного процесса, I–II стадия рентгенологических изменений, I–II степень функциональной недостаточности суставов. Число пораженных суставов колебалось от 3 до 8. Чаще всего это были межфаланговые, пястно-фаланговые, лучезапястные, голеностопные и коленные суставы. До начала комплексного лечения больные в течение 2–3 недель получали общепринятую нестероидную противовоспалительную терапию (диклофенак натрия, индометацин и др.), хинолиновые производные (делагил, плаквенил).

У больных ДОА давность заболеваний составляла от 3 до 17 лет. Преобладала II–III рентгенологическая стадия, I–II степень функциональной недостаточности суставов. Число пораженных суставов колебалось от 1 до 4. До исследования больные получали нестероидные противовоспалительные препараты, которые не давали достаточно эффективного результата.

Все больные, кроме указанной медикаментозной терапии, получали также симптоматические средства, ЛФК, массаж.

Изучение эффективности АТТ при включении ее в комплексное лечение больных проводилось в процессе контролируемого исследования. Было сформировано две группы больных с РА. Больные первой группы (20 чел.) получали комплексное лечение, включающее лекарственные препараты, ЛФК, массаж и АТТ; больные второй группы (21 чел.) — только лекарственные средства, ЛФК и массаж (контрольная группа). По такому же принципу было сформировано две группы больных с ДОА, по 17 чел. в каждой. Группы были сопоставимы по