

GEORGIAN MEDICAL NEWS

ISSN 1512-0112

№ 7-8 (304-305) Июль-Август 2020

ТБИЛИСИ - NEW YORK



ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

Медицинские новости Грузии
საქართველოს სამედიცინო სიახლენი

GEORGIAN MEDICAL NEWS

No 7-8 (304-305) 2020

Published in cooperation with and under the patronage
of the Tbilisi State Medical University

Издается в сотрудничестве и под патронажем
Тбилисского государственного медицинского университета

გამოიცემა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტთან
თანამშრომლობითა და მისი პატრონაჟით

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ
ТБИЛИСИ - НЬЮ-ЙОРК

GMN: Georgian Medical News is peer-reviewed, published monthly journal committed to promoting the science and art of medicine and the betterment of public health, published by the GMN Editorial Board and The International Academy of Sciences, Education, Industry and Arts (U.S.A.) since 1994. **GMN** carries original scientific articles on medicine, biology and pharmacy, which are of experimental, theoretical and practical character; publishes original research, reviews, commentaries, editorials, essays, medical news, and correspondence in English and Russian.

GMN is indexed in MEDLINE, SCOPUS, PubMed and VINITI Russian Academy of Sciences. The full text content is available through EBSCO databases.

GMN: Медицинские новости Грузии - ежемесячный рецензируемый научный журнал, издаётся Редакционной коллегией и Международной академией наук, образования, искусств и естествознания (IASEIA) США с 1994 года на русском и английском языках в целях поддержки медицинской науки и улучшения здравоохранения. В журнале публикуются оригинальные научные статьи в области медицины, биологии и фармации, статьи обзорного характера, научные сообщения, новости медицины и здравоохранения.

Журнал индексируется в MEDLINE, отражён в базе данных SCOPUS, PubMed и ВИНТИ РАН. Полнотекстовые статьи журнала доступны через БД EBSCO.

GMN: Georgian Medical News – საქართველოს სამედიცინო სიახლენი – არის ყოველთვიური სამეცნიერო სამედიცინო რეცენზირებადი ჟურნალი, გამოიცემა 1994 წლიდან, წარმოადგენს სარედაქციო კოლეგიისა და აშშ-ის მეცნიერების, განათლების, ინდუსტრიის, ხელოვნებისა და ბუნებისმეტყველების საერთაშორისო აკადემიის ერთობლივ გამოცემას. GMN-ში რუსულ და ინგლისურ ენებზე ქვეყნდება ექსპერიმენტული, თეორიული და პრაქტიკული ხასიათის ორიგინალური სამეცნიერო სტატიები მედიცინის, ბიოლოგიისა და ფარმაციის სფეროში, მიმოხილვითი ხასიათის სტატიები.

ჟურნალი ინდექსირებულია MEDLINE-ის საერთაშორისო სისტემაში, ასახულია SCOPUS-ის, PubMed-ის და ВИНТИ РАН-ის მონაცემთა ბაზებში. სტატიების სრული ტექსტი ხელმისაწვდომია EBSCO-ს მონაცემთა ბაზებშიდან.

МЕДИЦИНСКИЕ НОВОСТИ ГРУЗИИ

Ежемесячный совместный грузино-американский научный электронно-печатный журнал
Агентства медицинской информации Ассоциации деловой прессы Грузии,
Академии медицинских наук Грузии, Международной академии наук, индустрии,
образования и искусств США.
Издается с 1994 г., распространяется в СНГ, ЕС и США

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Николай Пирцхалаишвили

НАУЧНЫЙ РЕДАКТОР

Елене Гиоргадзе

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Нино Микаберидзе

НАУЧНО-РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Зураб Вадачкориа - председатель Научно-редакционного совета

Михаил Бахмутский (США), Александр Геннинг (Германия), Амиран Гамкрелидзе (Грузия),
Константин Кипиани (Грузия), Георгий Камкамидзе (Грузия),
Паата Куртанидзе (Грузия), Вахтанг Масхулия (Грузия),
Тенгиз Ризнис (США), Реваз Сепиашвили (Грузия), Дэвид Элуа (США)

НАУЧНО-РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Константин Кипиани - председатель Научно-редакционной коллегии

Архимандрит Адам - Вахтанг Ахаладзе, Амиран Антадзе, Нелли Антелава, Тенгиз Асатиани,
Гия Берадзе, Рима Бериашвили, Лео Бокерия, Отар Герзмава, Лиана Гогиашвили, Нодар Гогебашвили,
Николай Гонгадзе, Лия Дваладзе, Манана Жвания, Тамар Зерекидзе, Ирина Квачадзе,
Нана Квирквелия, Зураб Кеванишвили, Гурам Кикнадзе, Димитрий Кордзаиа, Теймураз Лежава,
Нодар Ломидзе, Джанлуиджи Мелотти, Марина Мамаладзе, Караман Пагава,
Мамука Пирцхалаишвили, Анна Рехвиашвили, Мака Сологашвили, Рамаз Хецуриани,
Рудольф Хохенфеллнер, Кахабер Челидзе, Тинатин Чиковани, Арчил Чхотуа,
Рамаз Шенгелия, Кетеван Эбралидзе

Website:

www.geomednews.org

The International Academy of Sciences, Education, Industry & Arts. P.O.Box 390177,
Mountain View, CA, 94039-0177, USA. Tel/Fax: (650) 967-4733

Версия: печатная. **Цена:** свободная.

Условия подписки: подписка принимается на 6 и 12 месяцев.

По вопросам подписки обращаться по тел.: 293 66 78.

Контактный адрес: Грузия, 0177, Тбилиси, ул. Асатиани 7, IV этаж, комната 408
тел.: 995(32) 254 24 91, 5(55) 75 65 99

Fax: +995(32) 253 70 58, e-mail: ninomikaber@geomednews.com; nikopir@geomednews.com

По вопросам размещения рекламы обращаться по тел.: 5(99) 97 95 93

© 2001. Ассоциация деловой прессы Грузии

© 2001. The International Academy of Sciences,
Education, Industry & Arts (USA)

GEORGIAN MEDICAL NEWS

Monthly Georgia-US joint scientific journal published both in electronic and paper formats of the Agency of Medical Information of the Georgian Association of Business Press; Georgian Academy of Medical Sciences; International Academy of Sciences, Education, Industry and Arts (USA).

Published since 1994. Distributed in NIS, EU and USA.

EDITOR IN CHIEF

Nicholas Pirtskhalaishvili

SCIENTIFIC EDITOR

Elene Giorgadze

DEPUTY CHIEF EDITOR

Nino Mikaberidze

SCIENTIFIC EDITORIAL COUNCIL

Zurab Vadachkoria - Head of Editorial council

Michael Bakhmutsky (USA), Alexander Gënning (Germany),

Amiran Gamkrelidze (Georgia), David Elua (USA),

Konstantin Kipiani (Georgia), Giorgi Kamkamidze (Georgia), Paata Kurtanidze (Georgia),

Vakhtang Maskhulia (Georgia), Tengiz Riznis (USA), Revaz Sepiashvili (Georgia)

SCIENTIFIC EDITORIAL BOARD

Konstantin Kipiani - Head of Editorial board

Archimandrite Adam - Vakhtang Akhaladze, Amiran Antadze, Nelly Antelava,

Tengiz Asatiani, Gia Beradze, Rima Beriashvili, Leo Bokeria, Kakhaber Chelidze,

Tinatin Chikovani, Archil Chkhotua, Lia Dvaladze, Ketevan Ebralidze, Otar Gerzmava,

Liana Gogiashvili, Nodar Gogebashvili, Nicholas Gongadze, Rudolf Hohenfellner,

Zurab Kevanishvili, Ramaz Khetsuriani, Guram Kiknadze, Dimitri Kordzaia, Irina Kvachadze,

Nana Kvirkevelia, Teymuraz Lezhava, Nodar Lomidze, Marina Mamaladze, Gianluigi Melotti,

Kharaman Pagava, Mamuka Pirtskhalaishvili, Anna Rekhviashvili, Maka Sologhashvili,

Ramaz Shengelia, Tamar Zerekidze, Manana Zhvania

CONTACT ADDRESS IN TBILISI

GMN Editorial Board

7 Asatiani Street, 4th Floor

Tbilisi, Georgia 0177

Phone: 995 (32) 254-24-91

995 (32) 253-70-58

Fax: 995 (32) 253-70-58

CONTACT ADDRESS IN NEW YORK

NINITEX INTERNATIONAL, INC.

3 PINE DRIVE SOUTH

ROSLYN, NY 11576 U.S.A.

WEBSITE

www.geomednews.org

Phone: +1 (917) 327-7732

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ!

При направлении статьи в редакцию необходимо соблюдать следующие правила:

1. Статья должна быть представлена в двух экземплярах, на русском или английском языках, напечатанная через **полтора интервала на одной стороне стандартного листа с шириной левого поля в три сантиметра**. Используемый компьютерный шрифт для текста на русском и английском языках - **Times New Roman (Кириллица)**, для текста на грузинском языке следует использовать **AcadNusx**. Размер шрифта - **12**. К рукописи, напечатанной на компьютере, должен быть приложен CD со статьей.

2. Размер статьи должен быть не менее десяти и не более двадцати страниц машинописи, включая указатель литературы и резюме на английском, русском и грузинском языках.

3. В статье должны быть освещены актуальность данного материала, методы и результаты исследования и их обсуждение.

При представлении в печать научных экспериментальных работ авторы должны указывать вид и количество экспериментальных животных, применявшиеся методы обезболивания и усыпления (в ходе острых опытов).

4. К статье должны быть приложены краткое (на полстраницы) резюме на английском, русском и грузинском языках (включающее следующие разделы: цель исследования, материал и методы, результаты и заключение) и список ключевых слов (key words).

5. Таблицы необходимо представлять в печатной форме. Фотокопии не принимаются. **Все цифровые, итоговые и процентные данные в таблицах должны соответствовать таковым в тексте статьи**. Таблицы и графики должны быть озаглавлены.

6. Фотографии должны быть контрастными, фотокопии с рентгенограмм - в позитивном изображении. Рисунки, чертежи и диаграммы следует озаглавить, пронумеровать и вставить в соответствующее место текста **в tiff формате**.

В подписях к микрофотографиям следует указывать степень увеличения через окуляр или объектив и метод окраски или импрегнации срезов.

7. Фамилии отечественных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.

8. При оформлении и направлении статей в журнал МНГ просим авторов соблюдать правила, изложенные в «Единых требованиях к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы», принятых Международным комитетом редакторов медицинских журналов - <http://www.spinesurgery.ru/files/publish.pdf> и http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html В конце каждой оригинальной статьи приводится библиографический список. В список литературы включаются все материалы, на которые имеются ссылки в тексте. Список составляется в алфавитном порядке и нумеруется. Литературный источник приводится на языке оригинала. В списке литературы сначала приводятся работы, написанные знаками грузинского алфавита, затем кириллицей и латиницей. Ссылки на цитируемые работы в тексте статьи даются в квадратных скобках в виде номера, соответствующего номеру данной работы в списке литературы. Большинство цитированных источников должны быть за последние 5-7 лет.

9. Для получения права на публикацию статья должна иметь от руководителя работы или учреждения визу и сопроводительное отношение, написанные или напечатанные на бланке и заверенные подписью и печатью.

10. В конце статьи должны быть подписи всех авторов, полностью приведены их фамилии, имена и отчества, указаны служебный и домашний номера телефонов и адреса или иные координаты. Количество авторов (соавторов) не должно превышать пяти человек.

11. Редакция оставляет за собой право сокращать и исправлять статьи. Корректур авторам не высылаются, вся работа и сверка проводится по авторскому оригиналу.

12. Недопустимо направление в редакцию работ, представленных к печати в иных издательствах или опубликованных в других изданиях.

При нарушении указанных правил статьи не рассматриваются.

REQUIREMENTS

Please note, materials submitted to the Editorial Office Staff are supposed to meet the following requirements:

1. Articles must be provided with a double copy, in English or Russian languages and typed or computer-printed on a single side of standard typing paper, with the left margin of 3 centimeters width, and 1.5 spacing between the lines, typeface - **Times New Roman (Cyrillic)**, print size - **12** (referring to Georgian and Russian materials). With computer-printed texts please enclose a CD carrying the same file titled with Latin symbols.

2. Size of the article, including index and resume in English, Russian and Georgian languages must be at least 10 pages and not exceed the limit of 20 pages of typed or computer-printed text.

3. Submitted material must include a coverage of a topical subject, research methods, results, and review.

Authors of the scientific-research works must indicate the number of experimental biological species drawn in, list the employed methods of anesthetization and soporific means used during acute tests.

4. Articles must have a short (half page) abstract in English, Russian and Georgian (including the following sections: aim of study, material and methods, results and conclusions) and a list of key words.

5. Tables must be presented in an original typed or computer-printed form, instead of a photocopied version. **Numbers, totals, percentile data on the tables must coincide with those in the texts of the articles.** Tables and graphs must be headed.

6. Photographs are required to be contrasted and must be submitted with doubles. Please number each photograph with a pencil on its back, indicate author's name, title of the article (short version), and mark out its top and bottom parts. Drawings must be accurate, drafts and diagrams drawn in Indian ink (or black ink). Photocopies of the X-ray photographs must be presented in a positive image in **tiff format**.

Accurately numbered subtitles for each illustration must be listed on a separate sheet of paper. In the subtitles for the microphotographs please indicate the ocular and objective lens magnification power, method of coloring or impregnation of the microscopic sections (preparations).

7. Please indicate last names, first and middle initials of the native authors, present names and initials of the foreign authors in the transcription of the original language, enclose in parenthesis corresponding number under which the author is listed in the reference materials.

8. Please follow guidance offered to authors by The International Committee of Medical Journal Editors guidance in its Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals publication available online at: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html
http://www.icmje.org/urm_full.pdf

In GMN style for each work cited in the text, a bibliographic reference is given, and this is located at the end of the article under the title "References". All references cited in the text must be listed. The list of references should be arranged alphabetically and then numbered. References are numbered in the text [numbers in square brackets] and in the reference list and numbers are repeated throughout the text as needed. The bibliographic description is given in the language of publication (citations in Georgian script are followed by Cyrillic and Latin).

9. To obtain the rights of publication articles must be accompanied by a visa from the project instructor or the establishment, where the work has been performed, and a reference letter, both written or typed on a special signed form, certified by a stamp or a seal.

10. Articles must be signed by all of the authors at the end, and they must be provided with a list of full names, office and home phone numbers and addresses or other non-office locations where the authors could be reached. The number of the authors (co-authors) must not exceed the limit of 5 people.

11. Editorial Staff reserves the rights to cut down in size and correct the articles. Proof-sheets are not sent out to the authors. The entire editorial and collation work is performed according to the author's original text.

12. Sending in the works that have already been assigned to the press by other Editorial Staffs or have been printed by other publishers is not permissible.

**Articles that Fail to Meet the Aforementioned
Requirements are not Assigned to be Reviewed.**

ავტორთა საქურაღებოლ!

რედაქციაში სტატიის წარმოდგენისას საჭიროა დაეიცვათ შემდეგი წესები:

1. სტატია უნდა წარმოადგინოთ 2 ცალად, რუსულ ან ინგლისურ ენებზე დაბეჭდილი სტანდარტული ფურცლის 1 გვერდზე, 3 სმ სიგანის მარცხენა ველისა და სტრიქონებს შორის 1,5 ინტერვალის დაცვით. გამოყენებული კომპიუტერული შრიფტი რუსულ და ინგლისურენოვან ტექსტებში - **Times New Roman (Кириллица)**, ხოლო ქართულენოვან ტექსტში საჭიროა გამოვიყენოთ **AcadNusx**. შრიფტის ზომა – 12. სტატიას თან უნდა ახლდეს CD სტატიით.

2. სტატიის მოცულობა არ უნდა შეადგენდეს 10 გვერდზე ნაკლებს და 20 გვერდზე მეტს ლიტერატურის სიის და რეზიუმეების (ინგლისურ, რუსულ და ქართულ ენებზე) ჩათვლით.

3. სტატიაში საჭიროა გაშუქდეს: საკითხის აქტუალობა; კვლევის მიზანი; საკვლევი მასალა და გამოყენებული მეთოდები; მიღებული შედეგები და მათი განსჯა. ექსპერიმენტული ხასიათის სტატიების წარმოდგენისას ავტორებმა უნდა მიუთითონ საექსპერიმენტო ცხოველების სახეობა და რაოდენობა; გაუტკივარებისა და დაძინების მეთოდები (მწვავე ცდების პირობებში).

4. სტატიას თან უნდა ახლდეს რეზიუმე ინგლისურ, რუსულ და ქართულ ენებზე არანაკლებ ნახევარი გვერდის მოცულობისა (სათაურის, ავტორების, დაწესებულების მითითებით და უნდა შეიცავდეს შემდეგ განყოფილებებს: მიზანი, მასალა და მეთოდები, შედეგები და დასკვნები; ტექსტუალური ნაწილი არ უნდა იყოს 15 სტრიქონზე ნაკლები) და საკვანძო სიტყვების ჩამონათვალი (key words).

5. ცხრილები საჭიროა წარმოადგინოთ ნაბეჭდი სახით. ყველა ციფრული, შემაჯამებელი და პროცენტული მონაცემები უნდა შეესაბამებოდეს ტექსტში მოყვანილს.

6. ფოტოსურათები უნდა იყოს კონტრასტული; სურათები, ნახაზები, დიაგრამები - დასათაურებული, დანომრილი და სათანადო ადგილას ჩასმული. რენტგენოგრამების ფოტოასლები წარმოადგინეთ პოზიტიური გამოსახულებით **tiff** ფორმატში. მიკროფოტოსურათების წარწერებში საჭიროა მიუთითოთ ოკულარის ან ობიექტივის საშუალებით გადიდების ხარისხი, ანათალების შედეგის ან იმპრეგნაციის მეთოდი და აღნიშნოთ სურათის ზედა და ქვედა ნაწილები.

7. სამამულო ავტორების გვარები სტატიაში აღინიშნება ინიციალების თანდართვით, უცხოურისა – უცხოური ტრანსკრიპციით.

8. სტატიას თან უნდა ახლდეს ავტორის მიერ გამოყენებული სამამულო და უცხოური შრომების ბიბლიოგრაფიული სია (ბოლო 5-8 წლის სიღრმით). ანბანური წყობით წარმოდგენილ ბიბლიოგრაფიულ სიაში მიუთითეთ ჯერ სამამულო, შემდეგ უცხოელი ავტორები (გვარი, ინიციალები, სტატიის სათაური, ჟურნალის დასახელება, გამოცემის ადგილი, წელი, ჟურნალის №, პირველი და ბოლო გვერდები). მონოგრაფიის შემთხვევაში მიუთითეთ გამოცემის წელი, ადგილი და გვერდების საერთო რაოდენობა. ტექსტში კვადრატულ ფხიხლებში უნდა მიუთითოთ ავტორის შესაბამისი N ლიტერატურის სიის მიხედვით. მიზანშეწონილია, რომ ციტირებული წყაროების უმეტესი ნაწილი იყოს 5-6 წლის სიღრმის.

9. სტატიას თან უნდა ახლდეს: ა) დაწესებულების ან სამეცნიერო ხელმძღვანელის წარდგინება, დამოწმებული ხელმოწერითა და ბეჭდით; ბ) დარგის სპეციალისტის დამოწმებული რეცენზია, რომელშიც მითითებული იქნება საკითხის აქტუალობა, მასალის საკმაობა, მეთოდის სანდოობა, შედეგების სამეცნიერო-პრაქტიკული მნიშვნელობა.

10. სტატიის ბოლოს საჭიროა ყველა ავტორის ხელმოწერა, რომელთა რაოდენობა არ უნდა აღემატებოდეს 5-ს.

11. რედაქცია იტოვებს უფლებას შეასწოროს სტატია. ტექსტზე მუშაობა და შეჯერება ხდება საავტორო ორიგინალის მიხედვით.

12. დაუშვებელია რედაქციაში ისეთი სტატიის წარდგენა, რომელიც დასაბეჭდად წარდგენილი იყო სხვა რედაქციაში ან გამოქვეყნებული იყო სხვა გამოცემაში.

აღნიშნული წესების დარღვევის შემთხვევაში სტატიები არ განიხილება.

Содержание:

Kosenkov A., Stoliarchuk E., Belykh E., Sokolov R., Mayorova E., Vinokurov I. RESULTS OF RESECTION METHODS OF TREATMENT IN PATIENTS WITH GIANT PYLORODUODENAL ULCERS COMPLICATED BY PERFORATION AND BLEEDING	7
Клименко М.В. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ЦИТОКИНА TGF- β 1 В ВЫБОРЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ	13
Грабский А.М. РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ АРМЕНИИ	19
Sklyarova V., Kyshakevych I., Volosovsky P., Sklyarov P., Kupchak I.M. EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF CHRONIC ENDOMETRITIS IN REPRODUCTIVE AGE WOMEN WITH DISORDERS OF REPRODUCTIVE HEALTH.....	27
Центило В.Г., Удод А.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОЙ СУПРАГИОИДНОЙ И СУПРАОМОГИОИДНОЙ ШЕЙНОЙ ДИССЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ РЕГИОНАРНЫХ МЕТАСТАЗОВ РАКА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.....	32
Virstiuk N., Matkovska N. PARAMETERS OF FIBRINOLYTIC AND ANTIFIBRINOLYTIC ACTIVITY IN PATIENTS WITH ALCOHOLIC LIVER CIRRHOSIS ASSOCIATED WITH ADIPOSITY	37
Kravchun P., Kadykova O., Narizhnaya A., Tabachenko O., Shaparenko O. ASSOCIATION OF CIRCULATING ADIPONECTIN, RESISTIN, IRISIN, NESFATIN-1, APELIN-12 AND OBESTATIN LEVELS WITH HYPERTENSION AND OBESITY	43
Тарасенко О.М., Кондратюк В.Е., Таранчук В.В., Кармазина Е.М., Кармазин Я.М. ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ УРАТСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ С ДОБАВЛЕНИЕМ СИНБИОТИКА НА ДИНАМИКУ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПОДАГРИЧЕСКИМ ПОЛИАРТРИТОМ.....	48
Sokolenko M., Sokolenko L., Honchar H., Sokolenko A., Andrushchak M. THE ADVANCEMENTS IN TREATMENT OF HIV-INFECTED PATIENTS WITH HERPETIC INFECTION	56
Gulatava N., Tabagari S., Tabagari N. ASPECTS OF NUTRITION IN PATIENTS WITH CONGESTIVE HEART FAILURE	62
Авагимян А.А., Манукян И.А., Навасардян Г.А., Челидзе К.Л., Рисованный С.И. АТЕРОГЕННОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ДИСБИОЗА РОТОВОЙ ПОЛОСТИ (ОБЗОР)	69
Абрамов С.В., Кириченко А.Г., Корнацкий В.М., Огоренко В.В., Томах Н.В. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ УЧАСТНИКА БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ И СТРЕСС-АССОЦИИРОВАННЫЕ НАРУШЕНИЯ.....	74
Курмышев М.В., Стасевич Н.Ю., Златкина Н.Е., Романов А.С., Каргон Е.А., Зарецкая Э.Г. ИСТОРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ И АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР СОЗДАНИЯ «КЛИНИК ПАМЯТИ» В МИРОВОЙ ПРАКТИКЕ.....	80
Труба Я.П., Радченко М.П., Головенко А.С., Беридзе М.М., Лазоришинец В.В. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАНСПОЗИЦИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ С ГИПОПЛАЗИЕЙ ДУГИ АОРТЫ.....	85
Herasymenko O., Klimanskyi R., Zharikov S., Herasymenko V. CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF ACUTE LYMPHADENITIS IN CHILDREN	91
Panko N., Tsiura O., Shevchenko N., Zimnytska T. LIVER LESION IN CHILDREN WITH JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS WITH DIFFERENT DURATION OF METHOTREXATE TREATMENT	95

Усенова О.П., Моренко М.А., Ковзель Е.Ф., Шнайдер К.В., Влащенко К.Г. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ ИММУННОЙ ДИСРЕГУЛЯЦИИ STAT3 GOF, АУТОИММУННОГО ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНОГО СИНДРОМА	100
Khoroshukha M., Ivashchenko S., Bosenko A., Biletska V., Kovalenchenko V. GENDER-ASSOCIATED EFFECTS OF SEROLOGICAL MARKERS OF BLOOD GROUPS ON THE DEVELOPMENT OF ATTENTION FUNCTION OF YOUNG ADOLESCENT ATHLETES	103
Макалкина Л.Г., Ихамбаева А.Н., Ахмадьяр Н.С., Калиева Ш.С., Кузиков А.М. АНАЛИЗ ПОТРЕБЛЕНИЯ СИСТЕМНЫХ АНТИМИКРОБНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ДЕТСКИХ СТАЦИОНАРАХ ЗА 2015-2017 ГГ. В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН.....	111
Безарашвили С.И. ИЗУЧЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ СВИНЦА В ОРГАНИЗМЕ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В Г. ТБИЛИСИ.....	117
Yaremenko L., Grabovoi A., Cherkasov V., Lakhtadyr T., Shepelev E. REACTIONS OF ASTROCYTES AND MICROGLIA OF THE SENSORIMOTOR CORTEX AT LIGATION OF THE CAROTID ARTERY, SENSITIZATION OF THE BRAIN ANTIGEN AND THEIR COMBINATION.....	122
Pugovkin A., Erkudov V., Sergeev I., Khananashvili Y. THE PHYSIOLOGICAL BASIS FOR ASSESSMENT OF HAEMODYNAMIC PARAMETERS BY MEANS OF ARTERIAL PRESSURE PULSE WAVEFORM ANALYSIS IN PERIPHERAL ARTERIES	127
Seliukova N., Boyko M., Kustova S., Misiura K., Kamyshan A. PUBERTY GENESIS OF FEMALES-OFFSPRING RATS BORN TO MOTHERS WITH FETOPLENTAL INSUFFICIENCY	135
Васецкая О.П., Зубко Е.С., Проданчук Н.Г., Кравчук А.П., Жминько П.Г. ВЛИЯНИЕ N-ОКСИД-2,6-ДИМЕТИЛПИРИДИНА НА ВЫРАЖЕННОСТЬ ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ, ИНДУЦИРОВАННЫХ ЦИКЛОФОСФАМИДОМ В КЛЕТКАХ КОСТНОГО МОЗГА МЫШЕЙ.....	141
Чануквадзе И.М., Кикалишвили Л.А., Джандиери К.Д., Отарашвили Р.Т., Джандиери Л.А. АДАПТАЦИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПОРТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОМ ХОЛЕСТАЗЕ (ОБЗОР).....	148
Kodanovi L., Jokhadze M., Metreveli M., Berashvili D., Bakuridze A. INTRODUCTION OF AROMATIC PLANTS IN THE BATUMI BOTANICAL GARDEN AND THEIR RESEARCH FOR THE CONTENT OF BIOLOGICALLY ACTIVE COMPOUNDS	153
Chomakhashvili N., Chomakhashvili Z., Zosidze N., Franchuki K. ERGONOMIC PRINCIPLES IN MEDICINE AND DENTISTRY (REVIEW).....	158
Бараташвили З.З., Казахашвили Н.А., Герзмава О.Х. ПРОБЛЕМЫ МОНИТОРИНГА КАЧЕСТВА РАБОТЫ СТАЦИОНАРОВ ГРУЗИИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID 19 (ОБЗОР).....	163
Слипченко С.А., Шишка А.Р., Булеца С.Б., Шишка Н.В., Слипченко А. С. ПРАВОВОЙ РЕЖИМ ДОНОРСКИХ ОРГАНОВ В МЕЖДУНАРОДНОМ ЧАСТНОМ ПРАВЕ	169
Deshko L., Kostenko Y., Koval I., Mikhailina T., Oliinyk O. THE RIGHT TO HEALTH: UKRAINE'S INTERNATIONAL OBLIGATIONS AND FINANCIAL ACTIVITY OF PUBLIC AUTHORITIES IN THE CONTEXT OF REFORMING THE NATIONAL HEALTHCARE SYSTEM.....	177
Kuntii A., Blahuta R., Stetsyk B., Sichkovska I., Harasym P. USE OF SPECIAL MEDICAL KNOWLEDGE BY A PRACTITIONER DURING INTERACTION WITH INVESTIGATOR IN THE INVESTIGATION OF ILLEGAL MEDICAL ACTIVITY	182
Южно А.А., Емельянов В.П., Павликовский В.И., Калашник Е.Н., Сиваш Е.М. РЕАЛИЗАЦИЯ ПРАВА НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ ПО МАТЕРИАЛАМ ПРАКТИКИ ЕВРОПЕЙСКОГО СУДА ПО ПРАВАМ ЧЕЛОВЕКА.....	189
Муляр Г.В., Солоненко О.Н., Покальчук М.Ю., Плетнёва А.Е., Домброван Н.В. ПРАВОВОЕ ОБОСНОВАНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В УКРАИНЕ	195

ტინ-1, აპელინი-12 და ობესტატინი) და არტერიულ ჰიპერტენზიასა და სიმსუქნეს შორის.

ნატარებულა 98 პაციენტის კომპლექსური კვლევა, მათგან 52 – არტერიული ჰიპერტენზიით, 46 – არტერიული ჰიპერტენზიით და სიმსუქნით. განისაზღვრა ადიპონექტინის, რეზისტინის, ირისინის, ნესფატინ-1-ის, აპელინი-12-ის და ობესტატინის დონე.

გამოკვლევული პოპულაციის მონაცემების ანალიზით გამოვლინდა, რომ მოცირკულირე რეზისტინის დონე მეტია სუბიექტებში სიმსუქნით და არტერიული ჰიპერტენზიით, ვიდრე პირებში ჰიპერტენზიით სიმსუქნის გარეშე (19,32±0,53 ნგ/მლ vs 14,90±0,29 ნგ/მლ, p=0,0024); აპელინი-12 (1,51±0,09 ნგ/მლ vs 1,42±0,04 ნგ/მლ, p=0,069) და ობესტატინი (2,97±0,04 ნგ/მლ vs 3,06±0,04 ნგ/მლ, p=0,073) ამ ორ ჯგუფს შორის არ განსხვავდებოდა. მოცირკულირე ადიპონექტინის (6,83±0,10 ნგ/მლ vs 2,54±0,72 ნგ/მლ, p=0,00038), ირისინის (1,91±0,06 ნგ/მლ vs 1,19±0,03 ნგ/მლ, p=0,021) და ნესფატინ-1-ის (8,07±0,06 ნგ/მლ vs 6,95±0,04 ნგ/მლ,

p=0,0057) დონე მეტი იყო პაციენტებში არტერიული ჰიპერტენზიით, ვიდრე პაციენტებში ჰიპერტენზიით და კომორბიდული სიმსუქნით.

დადგენილია, რომ რეზისტინის დონე ყველაზე მაღალია პაციენტებში არტერიული ჰიპერტენზიით და სიმსუქნით შედარებით არტერიული ჰიპერტენზიით პაციენტებთან სიმსუქნის გარეშე; ადიპონექტინის, ირისინის და ნესფატინ-1-ის დონე კი უფრო მაღალია პაციენტებში არტერიული ჰიპერტენზიით სიმსუქნის გარეშე, რაც შესაძლოა მიუთითებს შესწავლილი ადიპოკინების განსხვავებულ პათოგენეზურ როლზე გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების განვითარებაში. იმის გათვალისწინებით, რომ ამ ცვლილებების უჯრედული და მოლეკულური მექანიზმები საბოლოოდ დადგენილი არ არის და სამეცნიერო ლიტერატურაში ურთიერთსაწინააღმდეგო მონაცემებია, აუცილებელია შემდგომი კვლევების ჩატარება შესწავლილი ადიპოკინების პათოგენეზური როლის განსაზღვრისათვის გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების განვითარებაში.

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ УРАТСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ С ДОБАВЛЕНИЕМ СИНБИОТИКА НА ДИНАМИКУ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПОДАГРИЧЕСКИМ ПОЛИАРТРИТОМ

Тарасенко О.М., Кондратюк В.Е., Таранчук В.В., Кармазина Е.М., Кармазин Я.М.

Национальный медицинский университет им. О.О. Богомольца, Киев, Украина

Подагра – системное метаболическое заболевание, которое характеризуется развитием воспаления в местах отложения кристаллов моноурата натрия (МУН) у лиц с гиперурикемией (ГУ), что обусловлено факторами внешней среды и/или генетическими факторами [1].

В развитых странах подагрой страдает около 1-3% взрослого населения, а ГУ обнаруживают у 4-20%. В Украине распространенность заболевания составляет 5-28 случаев на 1000 мужчин и 1-6 случаев на 1000 женщин, а распространенность ГУ - 15-20%. Соотношение больных мужчин и женщин составляет 20:1 [2].

Подагра является большой социальной и экономической проблемой для общества, приводит к снижению и потере трудоспособности, ограничению профессиональной деятельности и существенно ухудшает качество жизни пациентов [4].

Гомеостаз обмена мочевой кислоты (МК) зависит от баланса между комплексом процессов секреции и экскреции почечными канальцами и ее выведением через желудочно-кишечный тракт (ЖКТ). МК синтезируется в печени. Около 65-75% ее выводится почками, а 25-35% - через ЖКТ [8,10,12,20]. Гиперурикемией (ГУ) считают уровень МК в сыворотке крови выше 6,4-6,8 мг/дл, когда растворимость моноурата натрия (МУН) *in vitro* ограничена [14].

В кишечнике происходит бактериальный уриколиз МК до аллантина и углекислого газа [9,11,20]. Известно, что в толстой кишке некоторые бактерии используют МК как метаболический субстрат, в частности *E.coli*, лактобактерии

и *Pseudomonas* способствуют расщеплению пуринов в аллантин, аллантиназу и мочевины, синтезируя энзим ксантиноксидазу [15].

Традиционная урикозурическая терапия (аллопуринол, фебуксостат) влияет только на почечный путь экскреции МК, а титрации в сторону повышения доз данных препаратов приводят к увеличению побочных реакций, чаще аллергических проявлений. Таким образом, поиск средств, влияющих на экстраренальный путь выведения уратов, по сей день является актуальным. К указанной группе препаратов относятся про- и пребиотики, которые путем воздействия на интенсивность бактериального уриколиза штаммами бактерий способны усиливать метаболизм МК в ЖКТ [3,6,7,21,22].

Пребиотики - это пищевые волокна, которые не перевариваются и избирательно стимулируют рост и активность некоторых групп бактерий и полезных метаболитов [12,15,16,20,21,22]. Составляющие пребиотиков могут улучшать функции иммунной системы, в частности влиять на цитокиновый профиль [14,17,24]. Известно, что инулин цикория может ингибировать активность ксантиноксидазы, снижая уровень урикемии [15]. Пребиотики улучшают барьерную функцию кишечника, снижают уровень патогенных субпопуляций бактерий (*Clostridia* spp.), способствуют росту симбиотической флоры (лакто- и бифидобактерии) [12,17-19].

Пребиотики - это штаммы живых микроорганизмов, в основном, лакто- и бифидобактерий. Согласно некоторым

исследованиям, пробиотики показали противовоспалительные и гипоурикемические свойства [3,5,6,7,11,12,13,17,21]. Другие экспериментальные исследования показали, что штаммы лактобактерий способствуют деградации промежуточных форм пуринов (инозит и гуанозин) [15,21,22]. В исследованиях на крысах с помощью генной инженерии создан пробиотик, содержащий *Escherichia coli* DH5, которая, в свою очередь, содержит уреазный ген, что ведет к снижению уровня МК в крови. *E.coli* способна использовать аллантаин в качестве источника азота в анаэробных условиях [16]. В других исследованиях показано, что капсульная форма пробиотика, которая содержит штамм *L. fermentum* ATCC 11976, проявляет гипоурикемические свойства [21,22]. В одном из исследований синтезировали пробиотик со штаммом *Bifidobacterium longum* 51A, который способствовал редукции воспаления [18].

Цель исследования - оценка влияния комплексной уратснижающей терапии с добавлением синбиотика на цитокиновый профиль, уровень урикемии, показатели воспаления и качество жизни больных подагрой.

Материал и методы. В статье приведены результаты лечения и амбулаторного наблюдения 130 больных подагрой (исследуемая группа) мужчин на базе ревматологического отделения Киевской городской клинической больницы №3 в течение 12 месяцев.

Критериями включения в исследование являлись: возраст в пределах 18-75 лет, подтвержденный в соответствии с критериями ACR (2016) диагноз подагры; течение заболевания в фазе ремиссии, способность понимать и подписать информированное согласие и выполнять требования протокола исследования. Критерии исключения: заболевания, приводящие к вторичной ГУ и состояния, которые являются причиной повышения интерлейкинов в крови, в частности миелопролиферативные заболевания, гемолитическая анемия, псориаз, саркоидоз, острая и хроническая почечная недостаточность, сахарный диабет 1 и 2 типа, гипопаратиреоз, онкологические заболевания ЖКТ, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, наличие тонкокишечного дисбиоза - синдром избыточного бакте-

риального роста в тонкой кишке (СИБР), воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит и болезнь Крона), конкурентные инфекции, прием любых других, кроме аллопуринола, урикозурических средств, глюкокортикоидов, лечение нестероидными противовоспалительными средствами (НПВС), ингибиторами протонной помпы, антибиотиками, слабительными средствами, другими пре- и пробиотиками, кроме исследуемого; злоупотребление алкоголем и/или наркотическими веществами, психические заболевания, участие в других клинических исследованиях. Данное исследование проведено в соответствии с этическими принципами Хельсинкской декларации. Предварительно всеми больными подписано информированное согласие до проведения исследования.

Пациенты рандомизированы на две группы: основная (n=68) и группа сравнения (n=62). Общая характеристика исследуемых групп больных приведена в таблице 1.

Все исследуемые пациенты к первому визиту (день 0) прошли курс 6-недельной терапии аллопуринолом, не достигнув при этом целевого уровня МК крови. Далее пациенты основной группы продолжили принимать аллопуринол в дозе 300 мг в сутки с титрацией дозы в сторону повышения на 100 мг ежемесячно и дополнительно принимать синбиотик по стандартной схеме: 1 капсула три раза в сутки спустя 30 мин после еды в течение 3 месяцев. В исследовании использовались синбиотик "Ротабиотик", содержащий лиофилизированные бактерии $2,5 \times 10^9$ КОЕ: *Lactobacillus bulgaricus* - $0,5 \times 10^9$ КОЕ, *Streptococcus thermophilus* - $0,8 \times 10^9$ КОЕ, *Lactobacillus acidophilus* - $0,8 \times 10^9$ КОЕ, *Bifidobacterium ssp.* (*B. bifidum*, *B. longum*, *B. infantis*) - $0,4 \times 10^9$ КОЕ; инулин - 150,0 мг в одной твердой капсуле. Больные группы сравнения после первого визита (день 0) продолжали получать лечение только аллопуринолом по аналогичной схеме. Длительность периода наблюдения составила 12 месяцев. Контрольную группу составили 25 практически здоровых мужчин соответствующего возраста без предварительного в анамнезе артрита любого генеза.

Эффективность предложенной схемы лечения оценивали путем сравнения динамики клинических и лабораторных

Таблица 1. Общая характеристика исследуемых групп больных

Показатель	Группа	
	основная (n=68)	сравнения (n=62)
Средний возраст, лет	55,5 (47,00;61,5)	57,00 (48,00;63,00)
Длительность подагры, лет	6,0 (3;8)	6,0 (3;10)
Тофусная подагра, абс.(%)	19 (27,9)	20 (32,2)
Безтофусная подагра, абс.(%)	49 (72,1)	42 (67,8)
МК крови, мкмоль/л	455,00 (398,50;531,00)	465,5(406,00;546,00)
ИМТ, кг/м ²	29,45 (27,45;32,00)	30,55 (27,40;33,80)
Ro ст. I, абс. (%)	9 (13,2)	11 (17,7)
Ro ст. II, абс. (%)	34 (50)	27 (43,5)
Ro ст. III, абс. (%)	23 (33,8)	21 (33,9)
Ro ст. IV, абс. (%)	2 (2,9)	3 (4,8)

показателей между пациентами основной и группы сравнения в течение 3 месяцев лечения (визит день 0 и месяц 3). Для объективной оценки динамики клинических проявлений течения заболевания в работе применена шкала оценки качества жизни SF-36 и шкала оценки желудочно-кишечных симптомов GSRS. Лабораторные показатели оценивали посредством уровней острофазового показателя крови - СРБ, уровня МК крови и цитокинового профиля в динамике при визите день 0 и месяц 3. Изменения иммунологического статуса у больных подагрой представлены уровнями провоспалительных цитокинов (IL-1 β , IL-6, IL-8, и TNF- α) и противовоспалительного цитокина (IL-10). Уровни IL крови определялись методом ELISA (иммуоферментный анализ) с использованием реактивов «Вектор-Бест», Россия на аппарате ридер «PR2100 Sanofi diagnostic pasteus», Франция.

При статистической обработке оценивался тип распределения показателя - нормальное распределение или отличающееся от нормального. Нормальность распределения оценивали с помощью теста Шапиро-Уилки. При условии нормального распределения исследуемого признака в выборке использовали параметрические статистические методы: для описательной статистики определяли среднее значение показателя (M), стандартное отклонение (CO, SD), стандартную ошибку (CP, SE), 95% доверительный интервал для среднего (95% ДИ). Сравнение двух независимых групп выполняли с помощью t-критерия Стьюдента. При распределении признака, отличного от нормального, использовали непараметрические показатели: для описательной части - значение медианы (Me), 25 и 75 квартили (0,5L; 0,5U). Сравнение двух независимых групп выполняли методом Манна-Уитни. Сравнение групп по качественным бинарными данными проводилось с помощью χ^2 -теста Пирсона (с поправкой Йетса, при числе случаев меньше 10 хотя бы в одной группе) и точного критерия Фишера. При оценке линейных связей количественных, нормально распределенных данных, применялся параметрический корреляционный метод Пирсона. При оценке связей качественных признаков, признаков с распределением, отличающихся от нормального, или признаков с неопределенным распределением применялся корреляционный анализ Спирмена. Для выявления наличия и силы связи между факторами вычисляли коэффициент ранговой корреляции - r. Данные считались статистически значимыми при $p < 0,05$. Данные обработаны с помощью пакета программ Microsoft Office Excel 2010 и IBM Statistics SPSS 22.

Результаты и обсуждение. Сравнение показателей, характеризующих уровень хронического воспаления у больных подагрой в исследуемой группе с волонтерами контрольной группы, выявило, что уровни СРБ и МК крови у пациентов с подагрическим артритом даже в стадии ремиссии статистически достоверно отличаются от аналогичных показателей группы контроля, что наглядно представлено в таблице 2.

При сравнении цитокинового профиля пациентов исследуемой группы (n=130) на визите день 0 с их уровнем в когорте волонтеров группы контроля отмечалась достоверная разница по всем показателям. Полученные данные лишний раз подчеркивают, что больные подагрой, даже в фазе ремиссии, требуют медикаментозного воздействия на патофизиологический каскад специфических воспалительных изменений.

Анализируя уровни урикемии в основной и группе сравнения на фоне терапии получены следующие результаты: у больных исследуемых групп (основная и группа сравнения) на визите день 0 статистически значимой разницы в показателях МК между обеими группами ($p=0,89$) не выявлено, что в очередной раз подчеркивает репрезентативность групп для сравнения. Отмечалось статистически достоверное снижение уровней МК крови у пациентов основной и группы сравнения после 3 месяцев лечения (на 18,7% против 13,3%, соответственно, в обоих случаях $p < 0,01$). В тоже время, тест Манна - Уитни показал статистически значимую разницу в уровнях МК между основной и группой сравнения спустя 3 мес. после лечения ($p=0,0014$) (рис. 1) При этом в основной группе достигли целевых уровней МК 360 мкмоль/л и ниже 27 (40,3%) пациентов, в группе сравнения - в два раза меньше - 13 (21,0%) от общей выборки.

Наглядная динамика уровней СРБ в обеих исследуемых группах во время лечения представлена на рис. 2.

Следовательно, уровни СРБ до начала лечения синбиотиком в основной и группе сравнения статистически значимо не отличались. Выявлено снижение уровня СРБ в основной и в группе сравнения спустя 3 месяца после предложенной терапии, однако более выраженная динамика данного показателя отмечалась в основной группе (на 75% и 26,3%, соответственно в обоих случаях $p < 0,01$). Спустя 3 месяца после лечения уровень СРБ в основной группе был статистически значимо ниже в сравнении с группой сравнения, $p=0,016$ (рис. 2). Следует отметить, что скорость снижения абсолютных значений острофазового показателя воспаления у больных в обеих группах значительно опережала степень снижения МК в крови.

Таблица 2. Сравнительная характеристика цитокинового профиля в исследуемой и контрольной группах на визите день 0 (Me, 0,5 L; 0,5U)

Показатель	Исследуемая группа (n=130)	Контрольная группа (n=25)	P
МК, мкмоль/л	459 (399;536)	276 (234;283)	0,000001
СРБ крови, мг/л	11,9 (6;24)	1,3 (0,9;1,7)	0,000001
IL-1 β , пг/мл	128 (127;129)	23 (21;24)	0,000001
IL-6, пг/мл	214 (212;215)	22 (21;24)	0,000001
IL-8, пг/мл	43 (43;43)	24 (23;24)	0,000001
TNF- α , пг/мл	121 (121;122)	25 (24;25)	0,000001
IL-10, пг/мл	72 (71;73)	23 (21;23)	0,000001

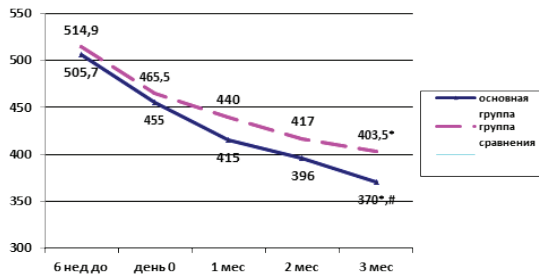


Рис. 1. Динамика медиан уровней МК в основной группе и сравнения на фоне терапии

примечание: * - достоверная разница в уровнях МК крови в основной и в группе сравнения на визите день 0 и 3 мес.; # - достоверное различие в уровнях МК крови на визите мес. 3 между основной и группой сравнения

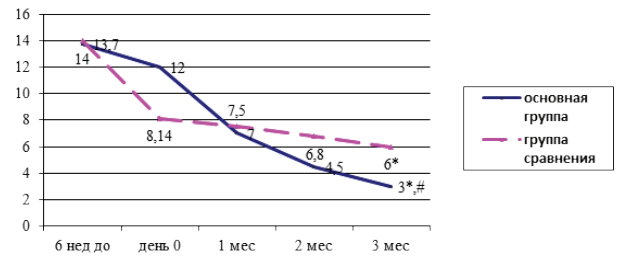


Рис. 2. Динамика медиан уровней СРБ в основной и группе сравнения на фоне терапии

примечания: * - достоверная разница в уровнях СРБ в основной и в группе сравнения на визите день 0 и мес. 3; # - достоверное различие в уровнях СРБ на визите мес. 3 между основной и группой сравнения

Таблица 3. Сравнительная характеристика уровней цитокинового профиля в основной и группе сравнения на визите день 0 и мес. 3 (Ме, 0,5 L; 0,5U)

Показатель, пг/мл	Основная группа (n=68)			Группа сравнения (n=62)		
	День 0	Мес. 3	p	День 0	Мес. 3	p
IL-1 β	129 (127;129)	126 (111;127)	0,0000	128 (128;129)	128 (127;129)	0,0599
IL-6	214 (212;215)	176 (176;177)	0,0000	214 (213;215)	212 (211;215)	0,0607
IL-8	43 (43;44)	42 (42;43)	0,0004	43 (43;43)	43 (42;43)	0,2343
TNF- α	121 (121;122)	121 (111,5;121)	0,0001	121 (121;121)	121 (121;121)	0,0501
IL-10	72,5 (71;73)	71 (71;72)	0,0002	71 (71;73)	71 (71;73)	0,4061

Таблица 4. Сравнительная характеристика уровней цитокинов крови у больных основной и группы сравнения на визите мес. 3 (Ме, 0,5 L; 0,5U)

Показатель, пг/мл	Основная группа (n=68)	Группа сравнения (n=62)	Контрольная группа (n=25)	p1	p2
IL-1 β	126 (111;127)	128 (127;129)	23 (21;24)	0,0001	0,0001
IL-6	176 (176;177)	212 (211;215)	22 (21;24)	0,0001	0,0001
IL-8	42 (42;43)	43 (42;43)	24 (23;24)	0,00001	0,00001
TNF- α	121 (111,5;121)	121 (121;121)	25 (24;25)	0,00001	0,00001
IL-10	71 (71;72)	71 (71;73)	23 (21;23)	0,00001	0,00001

примечание: p1 - статистическая достоверность между исследуемым показателем в основной группе на визите мес. 3 и в группе контроля;

p2 - статистическая достоверность между исследуемым показателем в группе сравнения на визите мес. 3 и в группе контроля

Анализ цитокинового профиля обеих групп на фоне лечения выявил следующие результаты: уровни провоспалительных цитокинов IL-1 β , IL-6, IL-8 и TNF- α в основной группе на визите мес. 3 статистически достоверно снизились, из них наиболее регрессировал IL-6. Аналогично статистически значимое снижение на фоне лечения наблюдалось со стороны противовоспалительного цитокина IL-10 (таблица 3), а в группе сравнения при оценке значений цитокинов крови на визите день 0 и мес. 3 отмечалась выраженная тенденция к снижению по показателям провоспа-

лительных цитокинов IL-1 β , TNF- α и IL-6 без достижения критериев достоверности, что следует объяснить проведением стандартной базовой уратснижающей терапии у данной категории больных (таблица 3).

Статистический анализ разницы показателей интерлейкинов больных основной и группы сравнения на визите мес 7 3 приведен в таблице 4. Выявлено, что разница между показателями IL-1 β и IL-6 статистически отличается (в обоих случаях p=0,000000). При этом разница показателей IL-8, IL-10 и TNF- α статистической значимости не достигала.

Таблица 5. Сравнительная характеристика уровней липидного спектра крови у больных основной и группы сравнения на визите мес. 3 (Me, 0,5 L; 0,5U)

Показатель, ммоль/л	Основная группа (n=68)		p	Группа сравнения (n=62)		p
	день 0	мес. 3		день 0	мес. 3	
Общий холестерин	5.77	4.94	0.056	5.5	5.2	0.09
Холестерин ЛПВП	0.88	1.02	0.061	0.91	0.9	0.11
Холестерин ЛПНП	3.94	3.2	0.088	3.7	3.42	0.24
Холестерин ЛПОНП	0.88	0.76	0.052	0.9	0.81	0.43
Триглицериды	1.97	1.71	0.062	2	1.8	0.10

Таблица 6. Показатели шкалы SF-36 в основной группе на визите день 0 и мес. 3 (Me, 0,5 L; 0,5U)

Показатель шкалы	Основная группа (n=68), визит день 0	Основная группа (n=68), визит мес. 3	p
Физическая компонента здоровья (PH)	36,09 (32,57;41,79)	44,12 (38,46;48,06)	0,015
Физическое функционирование (PF)	70,0 (62,5;80,0)	85,0 (75,0;92,5)	0,009
Ролевое физическое функционирование (RP)	25,0 (0,00;62,5)	75,0 (25,0;100,0)	0,019
Интенсивность боли (BP)	41,0 (22,0;41,0)	62,0 (41,0;62,0)	0,000
Общее состояние здоровья (GH)	40,0 (30,0;48,5)	40,0 (30,0;46,0)	0,206
Психологическая компонента здоровья (MH)	41,8 (35,25;46,57)	48,33 (42,33;51,60)	0,030
Жизнеспособность (VT)	45,0 (35,00;55,00)	50,0 (40,00;55,00)	0,068
Социальное функционирование (SF)	50,0 (50,00;62,50)	75,0 (56,25;75,00)	0,012
Ролевое эмоциональное функционирование (RE)	33,33(0,00;66,67)	66,67 (33,33;66,67)	0,001
Психологическое здоровье (mh)	60,0 (48,00;68,00)	60,0 (50,00;68,00)	0,465

При исследовании цитокинового профиля у пациентов уровни как провоспалительных, так и противовоспалительных цитокинов после лечения уровня здоровых лиц не достигли, что следует объяснить длительной персистенцией хронического воспалительного процесса у пациентов с хронической подагрой.

При оценке липидного спектра крови в исследуемых группах выявлена более выраженная тенденция к улучшению по всем показателям липидного спектра крови в основной группе наблюдалась (таблица 5).

Оценка эффективности лечения больных подагрой должна проводиться в короткие и длительные интервалы времени. В первом случае она основывается преимущественно на субъективных ощущениях пациента, к которым, в первую очередь, относится динамика специфических жалоб, однако эффективность лечения за короткий промежуток времени можно оценить по частоте и срокам временной потери трудоспособности. Вышеуказанные критерии характеризуют качество жизни пациента.

Долговременные параметры оценки эффективности лечения основываются на частоте госпитализаций, скорости прогрессирования специфических рентгенологических изменений, уменьшении частоты обострений, устойчивой потере трудоспособности и социальной активности. Критерии длительных интервалов, в отличие от краткосрочных, в подавляющем большинстве, основаны на объективных данных. Субъективность оценки эффективности лечения больных подагрой за короткий промежуток времени, особенно в период ремиссии заболевания на фоне минимальных изменений клинической картины, диктует необходимость поиска критериев объективизации оценки состояния

пациента. Одним из путей решения данной задачи является применение валидных опросников, позволяющих объективизировать субъективные ощущения больного.

Пациентам обеих исследуемых групп было предложено заполнить 2 вида опросников - неспецифический опросник оценки качества жизни SF-36 и специфический опросник - шкала оценки желудочно-кишечных симптомов GSRS на визитах день 0 и мес. 3.

Опросник SF-36 является одним из наиболее распространенных неспецифических опросников для оценки качества жизни, который прошел процесс валидации, культурной и языковой адаптации. Данный опросник включает в себя 36 вопросов, объединенных в 2 шкалы, каждая из которых содержит 4 субшкалы (8 подгрупп), отражающих различные сферы жизни человека: шкала физической компоненты здоровья (PH) с субшкалами - физическое функционирование (PF), ролевое физическое функционирование (RF), боль (BP), общее здоровье (GH) и шкала психологической компоненты здоровья (MH) с субшкалами - жизнеспособность (VT), социальное функционирование (SF), ролевое эмоциональное функционирование (RE), психологическое здоровье (mh).

Результаты анкетирования больных исследуемых групп по шкале SF-36 приведены в таблице 6.

Анализ полученных данных выявил, что в основной группе отмечается статистически значимое улучшение в шкале физической компоненты здоровья в динамике между визитами день 0 и мес. 3 за счет улучшения большинства субшкал: физическое функционирование, ролевое физическое функционирование и интенсивности боли. Относительно субшкалы общего состояния здоровья получена только положительная тенденция показателя, однако без статистиче-

ской достоверности, что следует объяснить анамнестически длительным хроническим течением заболевания и короткой продолжительностью фазы исследования. Шкала психологической компоненты здоровья также статистически достоверно улучшилась на фоне лечения за счет субшкалы социального и ролевого функционирования. Другие субшкалы данной шкалы улучшились статистически не достоверно, вероятно, по вышеуказанной причине.

Полученные результаты дают основание предполагать наличие благотворного влияния синбиотика на клиническое течение подагры даже в фазе ремиссии.

Анализ результатов анкетирования в группе сравнения, которые отражены в таблице, на фоне базисной терапии показал достоверное улучшение показателей субшкалы физического функционирования и интенсивности боли, в тоже время субшкалы ролевого физического функционирования и общего состояния здоровья улучшились статистически недостоверно, что не нашло отражения в улучшении шкалы физической компоненты здоровья в целом. В тоже время суммарно шкала психологической компоненты здоровья улучшилась статистически незначимо, ее субшкалы жизнеспособности, социального и ролевого эмоционального функционирования в ходе исследования статистически значимого улучшения не проявили, только субшкала психологического здоровья статистически достоверно улучшилась. Полученные данные, наглядно показали, что добавление к базовой уратснижающей терапии синбиотика способно повлиять на результаты лечения больных подагрой даже в краткосрочный период.

Аналогичные данные получены при сравнении показателей шкалы SF-36 между исследуемыми группами на визите мес. 3 (таблица 8). Наблюдается статистически значимое различие между показателями всех субшкал шкалы SF-36, кроме субшкалы общего состояния здоровья, что как уже обсуждалось, следует объяснить длительной персистенцией воспалительного процесса у пациентов с хроническим подагрическим артритом. Соответственно, приведены результаты, свидетельствующие о преимуществах схемы комплексной терапии подагрического артрита с добавлением синбиотика в сравнении со стандартной уратснижающей терапией.

Клиническая картина со стороны нарушений ЖКТ у пациентов с подагрой оценена на основе анкетирования больных на исходном визите (день 0) и визите мес. 3 с применением специфического опросника - шкалы оценки желудочно-кишечных симптомов GSRS. Данный опросник включает в себя 5 субшкал оценки симптомов абдоминальной боли (AP), диспептического синдрома (IS), синдрома гастроэзофагального рефлюкса (RS), диарейного (DS) и обстипационного синдрома (CS).

Результатами опроса пациентов основной группы на визите мес. 3 по шкале GSRS выявлено статистически достоверное улучшение показателей всех субшкал, кроме шкалы синдрома гастроэзофагального рефлюкса, что логично объясняется отсутствием влияния синбиотика в краткосрочные сроки на проявления гастроэзофагальной рефлюксной болезни. В тоже время в группе сравнения по шкалам AP, IS и RS отмечается статистически незначимое ухудшение

Таблица 7. Показатели шкалы SF-36 в группе сравнения на визите день 0 и мес. 3 (Me, 0,5 L; 0,5U)

Показатель шкалы	Основная группа (n=62), визит день 0	Группа сравнения (n=62), визит мес. 3	p
Физическая компонента здоровья (PH)	35,13 (32,07;40,45)	37,12 (32,25;42,97)	0,065
Физическое функционирование (PF)	65,00 (40,00;80,00)	75,00 (50,00;90,00)	0,017
Ролевое физическое функционирование (RP)	12,5 (0,00;50,00)	50,00 (25,00;75,00)	0,082
Интенсивность боли (BP)	41,00 (22,00;51,00)	41,00 (41,00;51,00)	0,017
Общее состояние здоровья (GH)	40,0 (30,0;50,0)	40,0 (35,0;57,0)	0,116
Психологическая компонента здоровья (MH)	40,11 (35,33;45,07)	40,18 (36,65;47,77)	0,460
Жизнеспособность (VT)	45,00 (35,00;60,00)	47,50 (40,00;55,00)	0,229
Социальное функционирование (SF)	50,00 (50,00;62,50)	62,50 (50,00;75,00)	0,120
Ролевое эмоциональное функционирование (RE)	33,33 (0,00;66,67)	33,33 (33,33;66,67)	0,200
Психологическое здоровье (mh)	56,00 (48,00;68,00)	60,00 (52,00;68,00)	0,008

Таблица 8. Сравнительная оценка показателей шкалы SF-36 в исследуемых группах больных на визите мес. 3 (Me, 0,5 L; 0,5U)

Показатель шкалы	Основная группа (n=62)	Группа сравнения (n=62)	p
Физическая компонента здоровья (PH)	44,12 (38,46;48,06)	37,12 (32,25;42,97)	0,0000045
Физическое функционирование (PF)	85,0 (75,0;92,5)	75,00 (50,00;90,00)	0,0037892
Ролевое физическое функционирование (RP)	75,0 (25,0;100,0)	50,00 (25,00;75,00)	0,04588
Интенсивность боли (BP)	62,0 (41,0;62,0)	41,00 (41,00;51,00)	0,002909
Общее состояние здоровья (GH)	40,0 (30,0;46,0)	40,0 (35,0;57,0)	0,653692
Психологическая компонента здоровья (MH)	48,33 (42,33;51,60)	40,18 (36,65;47,77)	0,000303
Жизнеспособность (VT)	50,00 (40,00;55,00)	47,50 (40,00;55,00)	0,001039
Социальное функционирование (SF)	75,00 (56,25;75,00)	62,50 (50,00;75,00)	0,008192
Ролевое эмоциональное функционирование (RE)	66,67 (33,33;66,67)	33,33 (33,33;66,67)	0,012252
Психологическое здоровье (mh)	60,00 (50,00;68,00)	60,00 (52,00;68,00)	0,000034

Таблица 9. Показатели шкалы GSRS в основной группе на визите день 0 и мес. 3 (Me, 0,5 L; 0,5U)

Показатель шкалы	Основная группа (n=68), визит день 0	Основная группа (n=68), визит мес. 3	p1	Группа сравнения (n=62), визит день 0	Группа сравнения (n=62), визит мес. 3	p2	p3
DS	4 (3;5)	1 (0;3)	0,015861	4 (3;7)	4 (1;7)	,308160	0,000311
IS	8 (7;10,5)	4 (2;6,5)	0,028543	10 (4;12)	7 (4;11)	0,068814	0,000001
CS	3 (1;4,5)	2 (0;3)	0,000211	3 (3;4)	3 (2;4)	0,218826	0,00671
AP	2 (0;3)	0 (0;2)	0,000053	2 (1;3)	2 (1;3)	0,206297	0,000021
RS	3 (2;3)	3 (1;3)	0,078271	3 (2;4)	3 (2;4)	0,640744	0,006671

примечание: p1 - статистическая достоверность между исследуемым показателем в основной группе на визите день 0 и мес. 3; p2 - статистическая достоверность между исследуемым показателем в группе сравнения на визите день 0 и мес. 3; p3 - статистическая достоверность между исследуемым показателем основной и группы сравнения на визите мес 3

показателей субшкал, что подчеркивает отсутствие фактора влияния на дисбиотические нарушения кишечника в данной группе больных. Что касается субшкал CS и DS, то отмечается статистически не достоверное улучшение показателей. Данные представлены в таблице 9.

Анализ данных анкетирования по шкале GSRS выявил взаимосвязь между положительной динамикой клинико-лабораторных характеристик течения хронического подагрического артрита и нивелированием клинических симптомов, присущих дисбиотическим изменениям кишечника при подагре.

На визите наблюдения, проведенном спустя 9 мес. после предложенной терапии проведена оценка количества обострений у исследуемых пациентов за предыдущий год и получены следующие данные: из 68 больных основной группы у 12 мужчин отмечалось 1 обострение, у 3 - два обострения в год, у пациентов группы сравнения из 62 мужчин у 23 отмечалось 1 обострение и 2 пациента перенесли 2 острые атаки подагрического артрита за предыдущий год.

Выводы. Добавление синбиотика в комплексную терапию больных подагрой позволяет быстрее достичь целевых уровней МК крови, способствует более быстрой нормализации СРБ крови и цитокинового профиля в сравнении с монотерапией аллопуринолом. Тенденция к нивелированию клинических проявлений дисбиотических изменений у пациентов с подагрой имеет дополнительное влияние на качество жизни. Предложенная терапия способствует улучшению качества жизни пациентов с хроническим подагрическим артритом и уменьшению количества обострений в сравнении с пациентами, получающими стандартную урат-снижающую терапию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барскова В.Г., Ильина А.Е. Рациональные подходы к диагностике и лечению подагры (по материалам рекомендаций Европейской антиревматической лиги) // Клиницист. – 2010. – No1. – С. 78–82.
2. Капустянська А.А. Рання діагностика подагричного артриту на етапі первинної медико-санітарної допомоги. Світ медицини та біології. 2013. №4, с. 104.
3. Кондратюк В.Е., Тарасенко О.М., Натрус Л.В., Пономарьова І.Г. Гіпоурикемічна ефективність синбіотика в комплексному лікуванні хворих на подагру. 2015. Український терапевтичний журнал №1, ст.75.
4. Максудова А., Салихов И., Хабиров Р., Халфина Т. Подагра. 2017. С.112

5. Bai Y., Jiang Y. Lactobacillus bulgaricus mutants decompose uremic toxins. Renal Failure. 2014. Vol. 36. P. 790-794.
6. Chandan Prasad et al. Management of hyperuricemia and gout by prebiotics and probiotics: potentials and limitations. International Journal of Probiotics and Prebiotics. 2017. Vol. 12, No. 1, pp. 5-16.
7. Chen R. J. et al. Evaluating the urate-lowering effects of different microbial fermented extracts in hyperuricemic models accompanied with a safety study. 2016. Journal of Food and Drug Analysis (In Press).
8. Choi H.K., Mount D.B., Reginato A.M. 2005. Pathogenesis of gout. Ann Intern Med 143(7):499–516.
9. Guo Z., Zhang J., Zhanli Wang Z. et al. Intestinal Microbiota Distinguish Gout Patients from Healthy Humans. Sci Rep. 2016. Scientific Reports 6, Article number: 20602.
10. Hyndman D. et al. Urate handling in the human body. 2016. Current Rheumatology Reports. 18:34.
11. Lin Z., Zhang, B., Liu, X. et al. Effects of Chicory Inulin on Serum Metabolites of Uric Acid, Lipids, Glucose, and Abdominal Fat Deposition in Quails Induced by Purine-Rich Diets. Journal of Medicinal Food. 2017. Vol. 17. P. 1214-1221.
12. Maiuolo J., Oppedisano F., Gratteri S. et al. Regulation of uric acid metabolism and excretion. International journal of Cardiology. 2016. Volume 213, Pages 8–14.
13. Masanetz S. et al. Effects of the prebiotics inulin and lactulose on intestinal immunology and hematology of preruminant calves. 2011. Animal. 5:7, pp 1099–1106 & The Animal Consortium. doi:10.1017/S1751731110002521.
14. McLean L., Becker M.A. The pathogenesis of gout /Rheumatology Fourth Edition. Ed. by M.C. Hochberg, A.J. Silman, J.S. Smolen et al. – Philadelphia, 2008. – P. 1813–1827.
15. Ming L. et al. Screening and Characterization of Purine Nucleoside Degrading Lactic Acid Bacteria Isolated from Chinese Sauerkraut and Evaluation of the Serum Uric Acid Lowering Effect in Hyperuricemic Rats. PLoS One. 2014. Vol. 9(9): e105577.
16. Papakostas K., Frillingos S. Substrate Selectivity of YgfU, a Uric Acid Transporter from Escherichia coli. The journal of biological chemistry. 2012. Vol. 287. No. 19, pp. 15684–15695.
17. Schley P.D. and Field C.J. The immune-enhancing effects of dietary fibres and prebiotics. 2002 Br. J. Nutr., 87: S221-S230.
18. Vieira A.T. et al. Oral treatment with Bifidobacterium longum 51A reduced inflammation in a murine experimental model of gout. Beneficial Microbes. 2015. Vol. 6. – P. 799-806.
19. Watzl B., Girrba S. and Monika Roller. Inulin, oligofructose and immunomodulation. British Journal of Nutrition. 2015. Vol. 93. P. 49–55.

20. Xu X., Li C., Zhou P. et al. Uric acid transporters hiding in the intestine. 2016. *Pharmaceutical biology*. Vol. 54. No.12, 3151–315.
21. Yamanaka H., Taniguchi A., Tsuboi H. et al. Hypouricaemic effects of yoghurt containing *Lactobacillus gasseri* PA-3in patients with hyperuricaemia and/or gout: A randomised, double-blind, placebo-controlled study. *Modern Rheum. J.* 2019. Vol. 29. – P. 146-150.
22. Yang D. Enhancing flora balance in the gastrointestinal tract of mice by lactic acid bacteria from Chinese sourdough and enzyme activities metabolism of protein, fat, and carbohydrate by the flora. 2016. *Journal of Dairy science*. Vol. 99. – P.1-12.

SUMMARY

THE EFFECT OF COMPLEX REDUCING THERAPY WITH THE ADDITION OF A SYMBIOTIC ON THE DYNAMICS OF CLINICAL AND LABORATORY PARAMETERS IN PATIENTS WITH CHRONIC GOUTY ARTHRITIS

Tarasenko O., Kondratiuk V., Taranchuk V., Karmazina O., Karmazin Y.

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

The aim of the study was to assess the impact of complex urate-lowering therapy with the addition of a synbiotic on the level of cytokines in the blood and the quality of life of patients with chronic gouty arthritis.

The results of treatment of 68 patients (main group) and 62 patients (comparison group) with chronic gouty arthritis are presented. Patients of the main group took allopurinol at a dose of 300 mg per day with titration of the dose in the direction of increasing it by 100 mg once a month and additionally received a synbiotic 1 capsule three times a day. Patients in the comparison group received only allopurinol treatment. The duration of treatment was 3 months. The control group consisted of 25 practically healthy men of the corresponding age.

An addition of a synbiotic to the treatment regimen demonstrates an increase of urate-lowering effect of allopurinol (a decrease in the level of uricemia by 18.7% versus 13.3%, $p < 0.01$), which was combined with a more pronounced anti-inflammatory effect: a decrease in the level of CRP by 75% against 26, 3% ($p < 0.01$) and IL-1 β , IL-6, IL-8, IL-10 and TNF α (all $p < 0.001$). According to the questionnaire on the SF-36 scale, in the main group in most subscales there was a statistically significant improvement in the dynamics of the indicators. According to the results of a survey according to the GSRS scale at the visit month 3, in the patients of the main group, the indicators of all subscales statistically significantly changed in the direction of improvement, except for the scale of gastroesophageal reflux syndrome.

The addition of a synbiotic to complex therapy for patients with gout allows more faster achievement of target levels of uric acid in the blood, contributes to a more rapid normalization of blood CRP and the cytokine profile compared with allopurinol monotherapy. The tendency influence on the clinical manifestations of dysbiotic changes in patients with gout has an additional effect on the quality of life.

Keywords: gout, synbiotic, uric acid, cytokine profile, urate lowering therapy, quality of life scale (SF-36), gastrointestinal symptom score scales (GSRS).

РЕЗЮМЕ

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ УРАТСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ С ДОБАВЛЕНИЕМ СИНБИОТИКА НА ДИНАМИКУ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПОДАГРИЧЕСКИМ ПОЛИАРТРИТОМ

Тарасенко О.М., Кондратиук В.Е., Таранчук В.В., Кармазина Е.М., Кармазин Я.М.

Национальный медицинский университет им. О.О. Богомольца, Киев, Украина

Цель исследования - оценка влияния комплексной уратснижающей терапии с добавлением синбиотика на уровень цитокинов в крови и качество жизни пациентов с хроническим подагрическим артритом.

Представлены результаты лечения 68 больных (основная группа) и 62 больных (группа сравнения) хроническим подагрическим артритом. Пациенты основной группы принимали аллопуринол в дозе 300 мг в сутки с титрацией дозы в сторону ее повышения на 100 мг один раз в месяц и дополнительно получали синбиотик по 1 капсуле трижды в сутки. Пациенты группы сравнения получали лечение только аллопуринолом. Продолжительность лечения составила 3 месяца. Контрольную группу составили 25 практически здоровых мужчин соответствующего возраста.

Добавление к схеме терапии синбиотика демонстрирует усиление уратснижающего эффекта аллопуринола (снижение уровня урикемии на 18,7% против 13,3%, $p < 0,01$), что сочеталось с более выраженным противовоспалительным эффектом: снижением уровня СРБ на 75% против 26,3% ($p < 0,01$) и IL-1 β , IL-6, IL-8, IL-10 и TNF- α ($p < 0,001$). Согласно данным анкетирования по шкале SF-36 в основной группе в большинстве субшкал отмечалось статистически значимое улучшение динамики показателей. По результатам анкетирования по шкале GSRS на визите мес. 3 у пациентов основной группы статистически достоверно изменились показатели всех субшкал в сторону улучшения, кроме шкалы синдрома гастроэзофагеального рефлюкса.

Добавление к комплексной терапии больным подагрой синбиотика позволяет быстрее достичь целевых уровней мочевой кислоты в крови, способствует более быстрой нормализации СРБ крови и цитокинового профиля в сравнении с монотерапией аллопуринолом. Тенденция к нивелированию клинических проявлений дисбиотических изменений у пациентов с подагрой имеет дополнительное влияние на качество жизни.

რეზიუმე

სინბიოტიკის დამატებით ჩატარებული კომპლექსური ურატის დონის შემცირებითი თერაპიის ზეგავლენა კლინიკურ - ლაბორატორიულ მაჩვენებელთა დინამიკაზე ქრონიკული პოდაგრული პოლიართრიტის მქონე პაციენტებში

ბ.კონდრატეუკი, ო.ტარასენკო, ვ.ტარანჩუკი, ე.კარმაზინა, ი.კარმაზინი

ო.ბოგომოლცის სახ. ეროვნული სამედიცინო უნივერსიტეტი, კიევი, უკრაინა

კვლევის მიზანი - ქრონიკული პოდაგრული პოლიართრიტით პაციენტების სისხლში ციტოკინების

დონეზე და მათი ცხოვრების ხარისხზე სინბიოტიკის დამატებით ჩატარებული კომპლექსური ურატის დონის შემცირებით თერაპიის ზეგავლენის შეფასება.

წარმოდგენილია ქრონიკული პოდაგრული პოლიართრიტით 68 პაციენტის (ძირითადი ჯგუფი) და 62 პაციენტის (შედარებითი ჯგუფი) მკურნალობის შედეგები. ძირითადი ჯგუფის პაციენტები დეზულობდენე ალოპურინოლს დღეში 300 მგ დოზით, თვეში ერთხელ დოზის ტიტრაციით მისი 100 მგ-ით გაზრდისაკენ და დამატებით დეზულობდენე სინბიოტიკს - 1 კაფსულა სამჯერ დღეში. შედარებითი ჯგუფის პაციენტები დეზულობდენე მკურნალობას მხოლოდ ალოპურინოლით. მკურნალობის ხანგრძლივობამ შეადგინა 3 თვე. საკონტროლო ჯგუფი წარმოდგენილი იყო შესაბამისი ასაკის პრაქტიკულად ჯანმრთელი 25 მამაკაცი.

მკურნალობის სქემაში სინბიოტიკის დამატებითი ნართვა ცხადყოფს ალოპურინოლის ურატის დონის შემცირებითი ეფექტის გაძლიერებას (ურიკემიის დონის დაქვეითება 18,7%-ით შედარებით 13,3%-თან, $p < 0,01$), რაც შეთავსებული იყო უფრო გამოხატული ანთების საწინააღმდეგო ეფექტით: C - რეაქტიური ცილის (CRP) დონის დაქვეითება 75%-ით შედარებით

26,3%-ით ($p < 0,01$) და IL-1 β , IL-6, IL-8, IL-10 და სიმსივნის ნეკროზის ფაქტორ ალფას (ყველა $p < 0,001$). SF-36 სკალის მიხედვით ჩატარებული ანკეტირების შესაბამისად, ძირითად ჯგუფში უმრავლეს სუბსკალეებში აღინიშნებოდა დინამიკის მანვენებელთა სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება. 3 თვის შემდგომი ვიზიტის დროს SRS სკალის მიხედვით ჩატარებული ანკეტირების შესაბამისად, ძირითადი ჯგუფის პაციენტებში ყველა სუბსკალეების მანვენებლები სტატისტიკურად სარწმუნოდ შეიცვალა გაუმჯობესებისაკენ, გარდა გასტროეზოფაგური რეფლუქსის სინდრომის სკალისა.

პოდაგრით დაავადებულ პაციენტთა მკურნალობისას კომპლექსურ თერაპიაში სინბიოტიკის დამატება საშუალებას იძლევა სისხლში შარდმჟავას სამიზნე დონის უფრო სწრაფად მიღწევას, ხელს უწყობს სისხლის CRP დონის და ციტოკინის პროფილის სწრაფ ნორმალიზებას ალოპურინოლით მონოთერაპიასთან შედარებით. პოდაგრით დაავადებულ პაციენტებში დისბიოტიკური ცვლილებების კლინიკური გამოვლინების ნიველირების ტენდენცია დამატებით გავლენას ახდენს ცხოვრების ხარისხზე.

THE ADVANCEMENTS IN TREATMENT OF HIV-INFECTED PATIENTS WITH HERPETIC INFECTION

¹Sokolenko M., ²Sokolenko L., ²Honchar H., ¹Sokolenko A., ¹Andrushchak M.

¹HSEI Bukovyna State Medical University; ²Pavlo Tychyna Uman State Pedagogical University, Ukraine

A decrease in the number of CD4 + T lymphocytes in HIV infection increases the risk of opportunistic infections and AIDS-indicative lesions, which often have a combined course, which significantly worsens the overall prognosis in the patient. Among opportunistic diseases, a significant percentage is herpesvirus infections (HVI), in particular labial herpes and/or herpetic stomatitis, genital and shingles [9]. The manifestation of latent GVI is in the form of serious diseases that threaten the life of the patient occurs in stage IV of HIV infection (AIDS) on the background of severe immunosuppression (CD4 + T-lymphocytes - 50-100/ μ l of blood). The deeply affected immune system of the body is not able to respond to the replication of viruses by producing specific antibodies [3-4,8,10]. The treatment of HIV-infected people with active GVI involves the use of one of the etiotropic drugs - acyclovir, valacyclovir or famciclovir. The main disadvantage of this method of treatment is the temporary effect of the drug. People with critically low CD4 + lymphocyte counts (50-100/ μ l blood) usually have relapses that require long-term (3-6 months) of acyclovir suppressive therapy to increase CD4 + cell counts. This significantly reduces the chances of achieving a favorable treatment outcome in patients with stage IV HIV-infection and profound immunodeficiency.

The aim of the study was to evaluate the therapeutic efficacy of the new immunotropic drug Alokin-alpha in patients with recurrent HIV-associated herpes infection.

Alokin-alpha (registration certificate № UA / 8668/01/01

dated 23.09.2013) is a new type of antiviral drug. The active substance of the drug is the cytokine peptide alloferon. The drug is patented in Ukraine, Russia, the USA, Japan, South Korea and the European Union, manufactured under license by the pharmaceutical company Geolik Pharm Marketing Group GFMG.

Material and methods. For a representative sample, the patients were divided into two groups. The first group consisted of 24 HIV-infected patients with herpesvirus infection, who (on the background of basic therapy for a week (daily valaciclovir 1.0 g orally 2 times a day for 7-10 days)) were additionally prescribed 6 subcutaneous injections of alokin-alpha in dose of 1 mg in one day (11 of them also received HAART). The second group consisted of 23 patients who were prescribed only this basic therapy for a week (14 of them also received HAART). Immunological parameters of 30 healthy individuals served as a control. In addition to a comprehensive clinical examination, the patients underwent immunological examination, determination of lymphocyte subpopulations, proliferative activity of T-lymphocytes, NK-cell activity. The test group of immunodeficient patients included 19 patients with recurrent labial herpes and / or aphthous stomatitis, 12 with genital herpes and 16 with shingles. The immediate results of treatment were evaluated by changing the duration of recurrence of herpes infection. The long-term treatment results were determined by the course of the disease during 3 months of outpatient follow-up: the number of subsequent relapses during the observed period; duration of remissions in days.