4. Сметник В. П. Захисний вплив эстрогенов на серцево-судинну систему / Сметник В. П. // Consilium medicum – экстравипуск, 2002. – С.3–6.
5. August P. Hypertension in Women / August P, Oparil S., Haidari F. // The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. – 1999. – Vol.84, № 6. – P.1862–1866.
6. Bibbins-Domingo K. Predictors of heart failure among women with coronary disease / Bibbins-Domingo K., Lin F., Vittinghoff E. // Circulation. – 2004. – Vol.110, №11. – P.1424– 1430.
7. Friedman J.E. Antihyperglycemic activity of moxonidine: metabolic and molecular effects in obese spontaneously hypertensive rats / Friedman J.E., Ishizuka T., Liu S.// Blood Pressure. – 1998. – Vol. 10(Suppl. 3). – P.32– 39.
8. Kaplan N. M. The deadly quartet: upper-body obesity, glucose intolerance, hypertriglyceridemia and hypertension / Kaplan N. M. //Arch Intern Med. – 1989. – №149. – P.1514–1520.
9. Nanchahal K. Association between blood pressure, the treatment of hypertension, and cardiovascular risc factots in women /Nanchahal K., Ashton W. D., Wood D. A. // J. Hypertens. – 2000. – Vol.18. – P.833–841.
10. Posner B.M. Diet, menopause and serum cholesterol levelsin women: the Framinham Study / Posner B. M., Cupples L .A., Miller D. R. // Am. Heart J. – 1993. – № 125. – P.483–489.

Реферати

ТЕРАПИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН С МЕНОПАУЗАЛЬНЫМ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
Ждан В.Н., Китура Е.М., Китура О.Е., Бабанина М.Ю., Крачек Г.А.

У 20 пациенток из ММС изучали эффективность 6-ти месячной терапии моксонидина (физиотенз, «Солвей фарма» Германия). Выявлено снижение как САД, так и ДАД, а также благоприятное влияние на суточный профиль АД. Отмечено благоприятное влияние на качество жизни за счет коррекции вегетативно-сосудистых и психоэмоциональных проявлений климактерического синдрома.

Ключевые слова: моксонидин, артериальная гипертензия, метаболический синдром.

THERAPY OF HYPERPIESIS FOR WOMEN WITH A MENOPAUSAL METABOLIC SYNDROME
Zhdan V.M., Kitura E.M., Kitura O.E., Babanina M.Yu., Krachek G.O.

At 20 patients from MMC studied efficiency 6 month therapy moxonidini (Phizi-otenz, «Solvay pharma», Germany). Decrease as the SAP and ДАР, and also beneficial effect on a daily structure the AP is revealed. Beneficial effect on quality of a life due to correction vegetovascular and psychological displays of a climacteric syndrome is noted.

Key words: moxonidini, arterial hypertensia, metabolic syndrome.

УДК: [616.12 – 005.4 + 616.72 – 002]:615.276

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ПРОТИЗАПАЛЬНОГО ВПЛИВУ АТОРВАСТАТИНУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

І.В. Іваницький
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава

Робота є фрагментом науково-дослідних тем: „Значення протизапальних, проаритмічних, дисметаболічних факторів для ускладненого перебігу гіпертонічної хвороби, ішемічної хвороби серця: діагностика, лікування" Державна реєстрація № 0106U001649 і „Розробка методів профілактики та лікування хвороб, які походять із метаболічного синдрому препаратами, що стимулюють рецептори, які активують проліферацію пероксисом (PPAR-γ) шляхом удосконалення критеріїв діагностики." Державна реєстрація № 0107U001555.

На сьогодняшній день велике значення у розвитку атеросклеротичних уражень судин надається системному запаленню [4]. Відомо, що рівень С реактивного білку корелює з ймовірністю розвитку гострих судинних подій. Як наслідок, системні запальні захворювання, такі як ревматоїдний артрит (РА), системний червоний вівчак вважаються незалежним предиктором розвитку атеросклеротичних уражень судин [8]. Раннім стадіям атеросклеротичних уражень відповідає ендотеліальна дисфункція [5]. Одним із основних антиатеросклеротичних засобів на сьогодняшній день є статини, зокрема високоефективний

та безпечний препарат аторвастатин. Відомо, що аторвастатин має також позитивний вплив на функцію ендотелію. З іншого боку, існує ряд досліджень, у яких продемонстрований вплив статинів на активність перебігу системного запалення при ревматоїдному артриті, доведена доцільність використання при цій патології [2, 6]. На жаль, на сьогодняшній день недостатньо даних щодо відмінностей впливу аторвастатину на активність запального процесу у хворих на ревматоїдний артрит та у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС).

Метою роботи було порівняння впливу аторвастатину на показники активності системного запалення та визначення ефективності лікування атеросклеротичних уражень судин у хворих на ревматоїдний артрит та у хворих на ішемічну хворобу серця за даними ультразвукового дослідження сонних артерій та проби Целермаєра – Соренсена.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 44 пацієнта, хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) (33 жінки та 11 чоловіків). Середній вік обстежених склав 49,4±2,1 роки. Хворі на ІХС включались у дослідження за умови наявності стенокардії II функціонального класу за класифікацією канадської кардіологічної асоциації. Критеріями виключення були перенесений інфаркт міокарда, серцева недостатність, важка супутня патологія, гострі або загострення хронічних захворювань. Групу порівняння склали 58 хворих на ревматоїдний артрит (РА) (15 чоловіків, 43 жінки із середнім віком 48,7±2,4 роки). Контрольну групу склали 27 практично здорових осіб - 21 жінка і 6 чоловіків із середнім віком 44,2±1,3 роки.

Вміст загального холестерину (ЗХС), тригліцеридів (ТГ) та холестерину ліпопротеінів високої щільності (ХС-ЛПВЩ), в сироватці крові визначали за стандартними методиками з використанням реактивів фірми "Lahema". Рівень С реактивного білку визначали методом ELISA.

Концентрації ЗХС > 5 ммоль/л, з яких ХС-ЛПНЩ > 3 ммоль/л або ХС-ЛПВЩ < 1,2 ммоль/л у жінок та < 1 у чоловіків, ТГ > 1,7 ммоль/л розцінювались, як дисліпідемія [0]. Проводилась оцінка стану компенсаторно-пристосувальних процесів організму. Рівень ліпопероксидації оцінювали за концентрацією малонового діальдегіду (МДА), для вивчення антиоксидантного стану визначали активність каталази та вміст церулоплазміну [0].

Ультразвукові дослідження (УЗД) судин виконувалися на апараті Mindray DP 6600. Вивчали ендотелій-залежну (ЕЗВД) і ендотелій-незалежну вазодилятацію (ЕНВД) плечової артерії в умовах реактивної гіперемії, викликаної манжеточною оклюзією плечової артерії [9], оцінювали показник дисфункції [5]. Для визначення товщини комплексу інтима-медіа (ТІМ) загальні сонні артерії сканувалися в поздовжній осі в В-режимі лінійним датчиком 10 Мгц. ТІМ вимірювали в ділянці біфуркації загальної сонної артеріїї (ЗСА) та на 1-2 см нижче ділянки біфуркації методом установки ультразвукових курсорів на межу розділу адвентиція-медіа та інтима-медіа-просвіт судини артеріальної стінки. Вимірювання проводили в діастолу. Величину ТІМ розраховували як середню по трьох серцевих циклах. Стовщенням уважали збільшення ТІМ від 1,0 до 1,3 мм, збільшення ТІМ більше 1,3 вважали атеросклеротичню бляшкою[7].

Для докладного вивчення якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, використовувалась версія короткого опитувальника, що містить 36 пунктів щодо стану здоров'я (Short Form health survey 36, (SF 36)), і заповнюється пацієнтами. SF 36 є загальноприйнятим методом визначення стану здоров'я, що складається з 36 пунктів і 8 основних об'єднаних показників: фізичний стан, роль фізичних обмежень, життєвий тонус; загальний стан здоров'я, біль у тілі, соціальна діяльність, роль, обов'язок емоційних обмежень і психічне здоров'я. Кожний показник оцінюється за 100 – бальною шкалою. Крім того, використовувались сумарні показники психічного й фізичного компонентів. Форма SF 36 має високу достовірність і адекватність оцінювання надання медичної допомоги при хронічних захворюваннях, у тому числі, при ревматоїдному артриті.[1]

Пацієнти з ІХС одержували стандартну терапію – інгібітори АПФ, β – блокатори, нітрати за потреби. Пацієнти з РА одержували стандартну терапію - метотрексат 7,5-15 мг/тиждень або лефлуномід у дозі 20 мг/добу у поєднанні із метилпреднізолоном 4-8 мг/добу і/або нестероїдними протизапальними препаратами (НПЗП) (диклофенак 75 мг/добу). Після отримання поінформованої згоди пацієнта до стандартної терапії додавалась терапія аторвастатином (Атокор, виробництва фірми Dr. Reddy's) у дозі 20 мг/добу. Обстеження пацієнтів проводилось двічі: при введенні у дослідження та через півроку лікування.

Для комп'ютерної статистичної обробки даних використовували табличний редактор "Microsoft Excel" та програму статистичного аналізу Analyst Soft Stat Plus, версії 2006 року. Для аналізу нормальності розподілу отриманих данних використовували критерії Ліллієфорса та Шапіро – Уілка. Дисперсії розподілу ознак оцінювались за допомогою F-критерія в процедурі дисперсійного аналізу ANOVA. Для визначення нормальності використовували рівень $p<0,05$. У випадку нормального розподілу даних обчислювали значення середньої арифметичної величини (M) і середньої квадратичної помилки результату (m). Вірогідність різниці між показниками, які порівнювались, визначали за допомогою t-критерію Стьюдента. Для аналізу кореляційних зв'язків використовували метод Пірсона.

У випадку відсутності нормального розподілу досліджуваних даних центральні тенденції та дисперсії досліджуваних ознак описували за допомогою медіани (Me) та інтерквартильного розмаху (25 та 75 процентилі). Для подільшого дослідження використовували критерії Манна –Уітні, Вальда – Вольфовіца, Колмогорова – Смірнова, для аналізу кореляції використовували методи Спірмена та Кендалла. Статистично значимими вважались відмінності на рівні $p<0,05$ [0, 3].

Результати дослідження та їх обговорення. При введенні у дослідження у хворих на ІХС відмічався достовірно вищій рівень загальних ліпідів, загального холестерину та ЛПНЩ, нижчий рівень ЛПВЩ, ніж у хворих на РА. Після піврічного лікування статинами статистично достовірної різниці між групами хворих на ІХС та хворих на РА знайти не вдалось. Зміни ліпідного профілю в цілому були характерними для терапії статинами, відмічалась стійка тенденція до нормалізації показників, але результати контрольної групи досягнуті не були. У той же час відмічався позитивний кореляційний зв'язок ($r=0,59$; $p=0,03$) між рівнем С реактивного білку та рівнем загального холестерину, рівнем С реактивного білку та рівнем холестерину ЛПНЩ ($r=0,61$; $p=0,02$) у хворих на РА. У хворих на ІХС аналогічного зв'язку не спостерігалось. Це може свідчити про значний внесок запалення у розвиток дисліпідемій у хворих на РА.

Таблиця 1

Динаміка ліпідного обміну

	Хворі на РА		Хворі на ІХС		Контрольна група
	Початкові показники	Через 6 міс	Початкові показники	Через 6 міс	
ЗХС, ммоль/л	$6,12\pm0,19^{*2;3}$	$5,42\pm0,15^{*1;3}$	$6,96\pm0,21^{*3}$	$5,47\pm0,19^{*1}$	$5,2\pm0,13$
ТГ, ммоль/л	$1,85\pm0,13^{*3}$	$1,65\pm0,08^{**1;3}$	$2,09\pm0,19^{*3}$	$1,59\pm0,13^{*1}$	$1,4\pm0,2$
ЛПВЩ, ммоль/л	$0,95\pm0,07^{*2;3}$	$1,15\pm0,09^{*1;3}$	$0,85\pm0,21^{*3}$	$1,18\pm0,17^{*1}$	$1,6\pm0,11$
ЛПНЩ, ммоль/л	$4,3\pm0,11^{*2;3}$	$3,53\pm0,09^{*1;3}$	$5,17\pm0,17^{*3}$	$3,6\pm0,19^{*1}$	$2,9\pm0,12$
Загальні ліпіди	$7,84\pm0,21^{*2;3}$	$6,83\pm0,31^{*1}$	$8,84\pm0,16^{*3}$	$6,75\pm0,15^{*1}$	$6,63\pm0,31$

$p<0,05$; $^{**}p<0,01$; ^{*1} - при порівнянні з початковими показниками, ^{*2} - при порівнянні з групою хворих на ІХС, ^{*3} - при порівнянні з контрольною групою.

При аналізі рівня СРБ відмічається достовірно вищій від норми його рівень як у хворих на РА, так і у хворих на ІХС, який, хоч і повертається до норми після піврічного лікування аторвастатином, залишається достовірно вищім за показник контрольної групи. У той же час при дослідженні динаміки рівня СРБ відмічається зниження його на 45% у хворих на РА та на 25,8% у хворих на ІХС, що може свідчити про більш значний вплив аторвастатину на запалення у хворих на РА у порівнянні з хворими на ІХС.

Таблиця 2

Динаміка рівня С реактивного білку

	Хворі на РА		Хворі на ІХС		Контрольна група
	Початкові показники	Через 6 міс	Початкові показники	Через 6 міс	
СРБ	$12,93\pm0,72^{*2;3}$	$7,1\pm0,23^{*1;2;3}$	$9,3\pm0,11^{*3}$	$7,9\pm0,31^{*1;3}$	$3,58\pm0,51$

$p<0,05$; $^{**}p<0,01$; ^{*1} - при порівнянні з початковими показниками, ^{*2} - при порівнянні з групою хворих на ІХС, ^{*3} - при порівнянні з контрольною групою.

Під час дослідження ПОЛ відмічався високий рівень МДА, великий відсоток приросту МДА після інкубації, що свідчить про високий рівень процесів перекисного окислення ліпідів як у хворих на ІХС, так і у хворих на РА, не зважаючи на достовірно ($p<0,01$) підвищений

рівень церулоплазміну та каталази. Рівень МДА був достовірно вищім у групі хворих на РА, при чому ця відмінність зберігалась і після піврічного лікування аторвастатином. У хворих на РА відмічався достовірно вищій відсоток приросту МДА після інкубації, що свідчить про більшу активність процесів ПОЛ у пацієнтів з РА, ніж у пацієнтів з ІХС. У той же час рівень антиоксидантного захисту у хворих на РА був нижчим, ніж у хворих на ІХС, що підтверджувалось достовірно нижчим рівнем каталази та церулоплазміну. При призначенні аторвастатину відмічалась достовірна тенденція до зниження процесів пероксидації, але досягти рівня контрольної групи не вдалось.

Таблиця 3

Динаміка ПОЛ та антиоксидантного захисту

	Хворі на РА		Хворі на ІХС		Контроль-на група
	Початкові показники	Через 6 міс	Початкові показники	Через 6 міс	
МДА, до інкубації, мкмоль/л	7,8±0,72*[2;3]	6,2±0,53*[1;2;3]	6,9±0,11*[3]	5,8±0,21*[1;3]	4,95±0,21
МДА, % приросту	136,1±3,4*[2;3]	115,7±5,2*[1;3]	126,2±5,1*[3]	110,2±4,3*[1;3]	93,15±3,5
Каталаза Од. акт./л	3,73±0,15*[2;3]	3,35±0,17*[1;2;3]	4,48±0,12*[3]	3,81±0,14*[1;3]	3,1±0,12
Церулоплазмін мг/л	483,2±12,9*[2;3]	411,3±16,3*[1;3]	497,1±6,1*[3]	421,1±12,1*[1;3]	362±12,1

* p<0,05; *[1] - при порівнянні з початковими показниками, *[2] - при порівнянні з групою хворих на ІХС, *[3] - при порівнянні з контрольною групою.

При дослідженні товщини комплексу ІМ як у хворих на РА, так і у хворих на ІХС відмічалось помітне і достовірне зниження цього показнику як на біфуркації, так і протягом ЗСА. Не зважаючи на достовірну різницю між товщиною інтими – медії ЗСА у хворих на РА та ІХС, результати піврічної терапії аторвастатином були майже однаковими в обох групах хворих: зменшення товщини ІМ на ЗСА на 14,8% у хворих на РА та на 17% у хворих на ІХС і зменшення товщини ІМ на біфуркації на 15,2% та 14% відповідно.

Спостерігається значне покращення результатів як ЕЗВД, що згідно даних літератури [10] свідчить про якісне поліпшення функції ендотелію, так і ЕНВД, що свідчить про поліпшення функції м'язового шару судин. У той же час, у хворих на ІХС відмічається достовірно нижчий відсоток покращення у порівнянні з хворими на РА (2% проти 4,5% відповідно), що може бути пояснене більш важким ураженням судин у хворих на ІХС, що підтверджується достовірно більшою товщиною комплекса інтими – медії.

Таблиця 4

Динаміка ТІМ, ЕЗВД та ЕНВД

	Хворі на РА		Хворі на ІХС		Контрольна група
	Початкові показники	Через 6 міс	Початкові показники	Через 6 міс	
ТІМ ЗСА, мм	0,81±0,04*[2;3]	0,69±0,06*[1;2]	0,94±0,07*[3]	0,78±0,03*[3]	0,62±0,03
ТІМ біфуркації ЗСА, мм	0,92±0,07*[2;3]	0,78±0,09**[1;2;3]	1,14±0,04*[3]	0,98±0,09*[3]	0,66±0,02
ЕЗВД, %	5,3±0,6*[3]	9,8±0,9*[1;2;3]	5,4±0,2*[3]	7,4±0,8*[3]	11,2±0,5
ЕНВД, %	10,1±0,5*[3]	20,2±1,1**[1;2;	9,8±0,6*[3]	21,7±0,5	23,2±0,7

* p<0,05; **p<0,01 ; *[1] - при порівнянні з початковими показниками, *[2] - при порівнянні з групою хворих на ІХС, *[3] - при порівнянні з контрольною групою.

Таблиця 5

Динаміка фізичного та психічного стану пацієнтів

	Хворі на РА		Хворі на ІХС	
	Початкові показники	Через 6 міс	Початкові показники	Через 6 міс
SF 36, психічний компонент	38,71±3,12*[2]	54,61±4,11**[1;2]	41,2±4,15	63,1±2,23
SF 36, фізичний компонент	34,9±2,31**[2]	47,2±2,28**[1;2]	47,9±2,21	67,2±1,21

* p<0,05; **p<0,01 ; *[1] - при порівнянні з початковими показниками, *[2] - при порівнянні з групою хворих на ІХС.

За даними опитувальника SF 36 у пацієнтів як з ІХС, так і з РА, які приймали аторвастатин, значно підвищувався рівень як фізичного так і психічного компоненту. У той же час, у хворих на РА відмічався достовірно нижчий початковий рівень як за шкалою психічного, так і за шкалою фізичного здоров'я, одночасно із значно гіршою динамікою змін.

Так, за шкалою психічного здоров'я показники покращились на 15,9 пунктів у хворих на РА проти 21,9 у хворих на ІХС. У той же час, за шкалою фізичного здоров'я відбулось покращення на 12,3 пункти проти 19,3 відповідно. Ці результати свідчать про більш важке сприйняття хворими на РА свого стану, прогнозу щодо свого захворювання, що в цілому не може не відбиватись на перебігу хвороби.

Підсумок

Таким чином, як у хворих на РА, так і у хворих на ІХС відмічається підвищений рівень С реактивного білку, що свідчить про активний перебіг запального процесу у цих груп пацієнтів. У той же час, виявлена дисліпідемія у пацієнтів з РА пов'язана з активністю запального процесу на відміну від пацієнтів з ІХС. Аторвастатин (Атокор, виробництва фірми Dr. Reddy's) зменшує прогресування атеросклеротичних уражень не тільки за рахунок нормалізації ліпідного профілю, але і за рахунок зниження активності запалення, при чому відмічається більша активність протизапальної дії аторвастатину саме у хворих на РА, у порівнянні із хворими на ІХС. Враховуючи нормалізацію у пацієнтів з РА під дією аторвастатину товщини інтими – медії, покращення фукції ендотелію, зниження процесів перекисного окислення ліпідів, покращення загального стану пацієнтів, аторвастатин може бути рекомендований для використання у комплексній терапії ревматоїдного артриту.

Литература

Всероссийское научное общество кардиологов. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2004. - № 2 (приложение). - С.1-36.

Гланц С. Медико – биологическая статистика; [пер. с англ.]. – М. : Практика, 1998. – 459с.

Камышников В. С. Справочник по клинико – биохимическим исследованиям и лабораторной диагностике./ Камышников В. С.– М. : МЕДпресс – информ, 2004. – 920 с.

1. Клинические рекомендации. Ревматология / [под ред. Е.Л. Насонова] – М.:ГЭОТАР –Медиа, 2006. – 288с.
2. Применение аторвастатина у больных с ревматоидным артритом. / А. И. Дядык, А. Э. Багрий, Е. Л. Стуликова [и др.] // Український ревматологічний журнал. – 2006. - №3. – С.38 – 41.
3. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / Реброва О. Ю. – М. : МедиаСфера, 2002. - 312 с.
4. Системное воспаление как причина проатерогенных нарушений метаболизма липидов и липопротеинов крови. / В. В. Братусь, А. П. Ларионов, И. В. Третяк [и др.] // Український кардіологічний журнал. – 2006. - №3. – С.99 – 108.
5. Функциональное состояние эндотелия у больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца. / Д. А. Затейщиков, Л. О. Минушкина, О. Ю. Кудряшова [и др.] // Кардиология.- 2000. - №6. - С.14-17.
6. Целуйко В. И. Эффективность симвастатина у больных ревматоидным артритом, рефрактерным к базисной терапии. / В. И. Целуйко, В. В. Ярош // Український ревматологічний журнал.– 2006.- №3.– С.62– 64.
7. Carotid artery intima-media thickness distribution in general populations as evaluated by B – mode ultrasound. ARIC Investigators./ G. Haward, A.R. Sharrett, G. Heiss [et al.] // Stroke. – 1993. - №24, - P.1297 – 1304.
8. High incidence of cardiovascular events in a rheumatoid arthritis cohort not explained by traditional cardiac risk factors. / I. D. Del Rincon, K. Williams, M. P. Stern [et al.] // Arthr. Rheum. - 2001. - №12. – P. 2737-2745.
9. Non-invasive detection of endothelial dysfunction in children and adults at risk of atherosclerosis./ D. S. Celermajer, K. E. Sorensen, V. M. Gooch [et al.] // Lancet. - 1992. - № 340. – P. 1111-1115
10. Noninvasive measurement of human endothelium-dependent arterial responses: accuracy and reproducibility / D. S. Celermajer, K. E. Sorensen, D. J. Spiegelhaltcr [et al.] // Brit. Heart J. – 1995. – Vol. 74. – P. 247-253.

Реферати

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ АТОРВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Иваницкий И.В.

Полученные нами данные свидетельствуют, что аторвастатин влияет на развитие атеросклеротических поражений не только за счёт нормализации липидного профиля, но и за счёт снижения активности воспаления, при чём отмечается большая

ANTIINFLAMMATION ACTION OF ATORVASTATIN AT PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE AND AT PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

Ivanytskyi I.V.

Data was obtained by us testify that atorvastatin influences the development of atherosclerotic defeats not only due to the normalization of lipid profile, but also due to reduction the activity of inflammation. It is noted the enormous antipyretic

активность противовоспалительного действия аторвастатина именно у больных с РА в сравнении с больными ИБС. Аторвастатин (Атокору) может быть рекомендован для комплексной терапии ревматоидного артрита.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, ишемическая болезнь сердца, воспаление, интима – медия сонных артерий, аторвастатин, Атокор.

activity of atorvastatin has precisely patients with the rheumatoid arthritis in the comparison with the ischemic disease of heart's patients. Atorvastatin (Atocor) can be recomended for the complex therapy of rheumatoid arthritis.

Key words: rheumatoid arthritis, ischemic disease of heart, inflammation, the intima-medium of carotid arteries, atorvastatinum, Atocor.

УДК 311.2..616.44(477.52)

СТАТИСТИЧНИЙ АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ У НАСЕЛЕННЯ СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ

І.І. Кіптенко, Г.Ю. Будко, Л.В. Васько, Т.І. Підгубна
Медичний інститут Сумського державного університету, м. Суми

Робота виконана в межах науково – дослідної роботи кафедри патоморфології за темою № 87.01.02.09-10 «Морфофункціональні зміни внутрішніх органів та скелета під впливом несприятливих ендо та екзогенних чинників та шляхи їх корекції»

Ракові захворювання на сьогоднішній час посідають одне із перших місць в загальній статистиці захворюваності та смертності населення всіх країн світу. Не дивлячись на застосування висококваліфікованих діагностичних та лікувальних заходів сучасної медицини, ракові захворювання залишаються досить серйозною проблемою для лікарів та пацієнтів.

Україна посідає одне з перших місць по захворюваності на рак, чому у більшості випадків сприяє поганий екологічний стан нашої країни. Суми і Сумська область стоїть не на останньому місці у статистиці ракових захворювань, що в свою чергу також пов'язано із дуже запущеним станом навколишнього середовища Сумського регіону. На базі кафедри прикладної екології СумДУ були проведені дослідження: як стан навколишнього середовища впливає на здоров'я людини за останні 10 років. Результати показали, що найвищі коефіцієнти по захворюваності на рак шлунку має Сумський, Путивльський та Білопільський райони. По раковим захворюванням легенів лідером є Буринський район, Суми та Білопілля. Серед коефіцієнтів частоти онкозахворювань на першому місці - рак шкіри. В області лідирують місто Суми, Сумський та Тростянецький райони. Що стосується рака молочної залози, то тут показники зашкалюють – на першому місці знаходиться місто Суми, Роменський, Середино-Будський, Шостинський і Ямпільский райони.

Метою роботи було дослідження статистичних показників захворювань щитоподібної залози в загальній статистиці захворюваності та смертності населення міста Сум і Сумської області за період 2004-2008 роки у різних вікових групах. Робота виконувалась на базі Сумського обласного онкологічного диспансеру та кафедрі патоморфології з курсами судової медицини, гістології, цитології та ембріології.

Результати дослідження та їх обговорення. Класифікація захворювань щитоподібної залози:

I. Епітеліальні пухлини

А. Доброякісні:

1. Фолікулярна аденома.
2. Інші.

Б. Злоякісні:

1. Фолікулярна карцинома.
2. Папілярна карцинома.
3. Медулярна (С-клітинна) карцинома.
4. Недиференційована (анапластична) карцинома.
5. Інші.

II. Неепітеліальні пухлини.

III. Злоякісна лімфома.