

venous nephritic hypertension, varicose disease of small pelvis veins, surgical tactics.

УДК 615.036.8

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВМЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ
СИОФОРА И АРТРОФООНА В ОТНОШЕНИИ ПРОЯВЛЕНИЙ
МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ
АРТРИТОМ

Л.В. ВАСИЛЬЕВА*, Д.И. ЛАХИН**

Статья посвящена проблеме коррекции метаболического синдрома (МС) у больных ревматоидным артритом. В основе МС лежит инсулинорезистентность, и препаратом первой линии для коррекции МС является сиофор (метформин), способный существенно снижать инсулинорезистентность. Кроме того, в настоящее время доказаны его противовоспалительные эффекты. Артрофюн, представляющий собой аффинно очищенные антитела к фактору некроза опухоли- α (ФНО- α) не первый год используется для лечения ревматологических больных. Однако полученные данные о способности жировой ткани продуцировать ФНО- α у пациентов МС позволяют расширить показания для применения данного препарата. Таким образом, представляется обоснованным совместное использование сиофора и артрофюна для коррекции МС у больных ревматоидным артритом.

Ключевые слова: метаболический синдром, ревматоидный артрит, сиофор, артрофюн.

Метаболический синдром (МС) в последние годы привлекает пристальное внимание врачей всего мира, что связано с широким распространением данной патологии в популяции взрослого населения, достигающей по данным разных авторов 25-30% [9]. Проблема МС имеет большое клиническое значение, так как, с одной стороны это состояние является обратимым, и при правильно подобранном лечении можно добиться исчезновения, или, по крайней мере, уменьшения выраженности основных его проявлений, а с другой – МС предшествует развитию таких заболеваний, как сахарный диабет 2 типа и атеросклероз, являющихся в настоящее время причинами повышенной смертности в популяции [13]. При этом основой для развития метаболических нарушений в рамках данного синдрома является инсулинорезистентность – нарушение инсулин-опосредованной утилизации глюкозы периферическими тканями.

Ревматоидный артрит (РА) – одно из наиболее распространенных хронических воспалительных заболеваний, приводящее к развитию эндотелиальной дисфункции, более выраженной, чем при ишемической болезни сердца [5], существенно повышает частоту развития инфарктов и инсультов [5,6]. В свою очередь, все компоненты МС представляют собой независимые факторы риска развития сердечно-сосудистых осложнений, а сочетание нескольких компонентов существенно повышают опасность их развития. Данные факты подтверждают необходимость поиска новых, более эффективных путей коррекции МС в данной группе больных.

В настоящее время одним из наиболее эффективных препаратов для коррекции МС является метформин. Установлено, что данный препарат обладает гиполлипидемическим и антиатерогенным действием [15], снижает экспрессию рецепторов, вовлеченных в процессы внутриклеточного накопления липидов, снижает риск образования тромбов [15]. На фоне терапии метформином уменьшается вазоконстрикция, увеличивается активность натриевого насоса и продукция оксида азота, что сопровождается снижением содержания внутриклеточного кальция.

В лечении РА широко используется артрофюн – препарат, представляющий собой аффинно очищенные антитела к человеческому фактору некроза опухоли- α (ФНО- α): смесь гомеопатических разведений C12, C30, C200. В патогенезе РА ФНО- α занимает центральное место: это один из провоспалительных цитокинов, индуцирующих синтез медиаторов, поддерживающих воспаление и способствующих разрушению суставов [11]. Кроме того известно, что при ожирении, одном из компонентов МС, адипоциты висцеральной жировой ткани синтезируют ряд гормонально активных веществ, одним из которых является ФНО- α [13], который не только усугубляет течение РА, индуцирует образование других провоспалительных цитокинов, но и приводит

к уменьшению мышечной массы и атрофии мышц [2]. Таким образом, артрофюн способен оказывать влияния не только на суставной синдром при РА, но и на проявления МС.

Цель исследования – оценить клиническую эффективность совместного применения сиофора и артрофюна в отношении проявлений метаболического синдрома у больных ревматоидным артритом.

Материалы и методы исследования. В обследование включены 100 больных РА. Все пациенты находились на стационарном лечении в ревматологическом отделении МУЗ «Центральная городская клиническая больница города Липецка» в 2006-2009 г.г. Обследованные больные были подразделены на две группы. В контрольную группу, состоящую из 32 человек, вошли больные РА с диагностированным МС – 24 женщины и 7 мужчин в возрасте от 46 до 72 лет, получавшие патогенетическое лечение РА. В основной группе оказалось 68 пациентов РА с признаками МС – 54 женщины и 12 мужчин в возрасте от 41 до 70 лет, получавших на фоне патогенетической терапии РА сиофор и артрофюн.

При поступлении в стационар у всех больных, включенных в исследование, был диагностирован МС на основании критериев, разработанных комитетом экспертов Национальной образовательной программы по холестерину (NCEP АТPIII, 2001 г.). МС устанавливался при наличии у пациента трех и более из следующих признаков:

- Абдоминальное ожирение (окружность талии >102 см у мужчин, >88 см у женщин);
- Уровень триглицеридов $\geq 1,7$ ммоль/л;
- ХС ЛПВП <1 ммоль/л у мужчин, $<1,3$ ммоль/л у женщин;
- Артериальная гипертензия (АД $\geq 130/85$ мм рт. ст.);
- Показатели глюкозы натощак $\geq 6,1$ ммоль/л.

В исследование не включались больные, имевшие противопоказания к назначению сиофора и артрофюна: гипоксические состояния (сердечная или дыхательная недостаточность); декомпенсация функций печени и почек; повышенная чувствительность к препаратам. По мере необходимости пациенты получали нестероидные противовоспалительные препараты, средства базисной терапии, гипотензивную терапию и другие средства симптоматического лечения.

Антропометрические методы исследования включали измерение роста (см), веса (кг), окружностей талии (ОТ) (см) и бедер (ОБ) (см). На основании проведенных измерений подсчитывали индекс массы тела (ИМТ) ($\text{кг}/\text{м}^2$) по формуле Кеттелла – отношение веса (кг) к росту (м), возведенному в квадрат, отношение окружности талии к окружности бедер (ОТ/ОБ). Полученные результаты использовались для оценки физического развития пациентов. Так, по величине ИМТ (норма $19-25 \text{ кг}/\text{м}^2$) диагностировали избыточную массу тела (ИМТ $25,1-29,9 \text{ кг}/\text{м}^2$) и ожирение. Первая степень – ИМТ: $30-35 \text{ кг}/\text{м}^2$, вторая степень – ИМТ: $35,1-40 \text{ кг}/\text{м}^2$, третья степень – ИМТ: $40,1 \text{ кг}/\text{м}^2$ и выше. По величине ОТ и индексу ОТ/ОБ определяли абдоминальную форму ожирения (ОТ свыше 102 см у мужчин и более 88 см у женщин, индекс ОТ/ОБ свыше $1,0$).

Биохимическими методами определяли уровень глюкозы, показателей липидного спектра: холестерина суммарного, холестерина липопротеидов высокой и низкой плотности, индекса атерогенности, триглицеридов; концентрацию мочевой кислоты, также определяли уровень CO_2 .

Стратификацию по степени риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний больных ревматоидным артритом с артериальной гипертензией, проводили согласно рекомендациям, разработанным экспертами Всероссийского научного общества кардиологов (2000).

АД определяли ручным методом в состоянии покоя в положении больного сидя по методу Н.С. Короткова путем трехкратного измерения с 5-минутными интервалами.

Сиофор назначался по 500 мг 2 раза в сутки, артрофюн больные получали по 1 таблетке 4 раза в сутки сублингвально. В контрольной и основной группах отслеживались антропометрические и биохимические показатели на 1-3, 7-10 день стационарного лечения, а также спустя 3, 6 и 12 месяцев. Статистическую обработку полученных данных проводили на персональном компьютере с помощью программы Microsoft Excel пакета Microsoft Office 2003. Подсчитывали величину средней, ошибки средней. Достоверность различий изученных показателей в контрольной и опытной группах определяли по критерию Стьюдента.

В начале исследования достоверных различий по биохимиче-

*Воронежская государственная медицинская академия, кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом терапии ИГМО. 394036, г. Воронеж, ул. Студенческая, 10. Тел.: (4732) 36-68-31, e-mail: cane@vsma.ac.ru

**Центральная городская клиническая больница города Липецка, ревматологическое отделение. 398035, г. Липецк, ул. Космонавтов, 39. Тел.: (4742) 33-35-48, e-mail: cgkb@lipetsk.ru

ским и антропометрическим данным, выраженности суставного синдрома среди пациентов контрольной и основной групп обнаружено не было. Пациенты основной группы на протяжении 12 месяцев ежедневно принимали сиофор по 500 мг 2 раза в сутки и артрофен по 1 таблетке 4 раза в сутки сублингвально. Побочных нежелательных эффектов препаратов в данной группе больных за время исследования обнаружено не было.

Динамика биохимических показателей. В контрольной группе уровень общего холестерина на протяжении всего исследования достоверно не менялся, однако отмечалась тенденция к увеличению данного показателя (за 12 месяцев на 3,7%). Уровень триглицеридов достоверно вырос к концу исследования, составив 107,5% от первоначальных значений ($p<0,05$). В это же время уровень ХС-ЛПВП достоверно уменьшился на 9,8% ($p<0,05$), а показатели ХС-ЛПНП ($p<0,05$) и индекса атерогенности ($p<0,001$) увеличились на 7% и 13,8% соответственно к исходу 12 месяцев (табл. 1).

Таблица 1

Динамика показателей липидного спектра крови больных контрольной и основной группы за 12 месяцев

Показатель	Группа	1-3 день	7-10 день	Через 3 мес.	Через 6 мес.	Через 12 мес.
Общ. холестерин, ммоль/л	Контрольная	6,0±0,15	5,8±0,14	6,09±0,15	6,12±0,14	6,22±0,16
	Основная	6,0±0,14	5,47±0,12	5,22±0,11	5,07±0,09	4,87±0,08
Триглицериды, ммоль/л	Контрольная	2,39±0,14	2,34±0,13	2,41±0,14	2,49±0,15	2,57±0,12
	Основная	2,43±0,13	2,04±0,08	1,93±0,06	1,81±0,05	1,67±0,09
ХС-ЛПВП, ммоль/л	Контрольная	1,02±0,04	1,05±0,02	0,97±0,03	0,96±0,03	0,92±0,02
	Основная	0,99±0,04	1,01±0,03	1,08±0,03	1,11±0,02	1,13±0,02
ХС-ЛПНП, ммоль/л	Контрольная	4,00±0,11	3,79±0,10	4,11±0,12	4,23±0,09	4,28±0,08
	Основная	4,04±0,12	3,79±0,11	3,70±0,12	3,68±0,12	3,55±0,11
Индекс атерогенности, ед.	Контрольная	5,01±0,19	4,8±0,19	5,2±0,17	5,4±0,18	5,7±0,17
	Основная	5,11±0,19	4,81±0,18	4,52±0,17	4,43±0,16	4,21±0,12
р	Контрольная	нд	нд	<0,05	<0,001	<0,001
	Основная	нд	нд	<0,05	<0,001	<0,001

В основной группе было отмечено достоверное снижение уровня общего холестерина на 7-10 сутки на 8,8% ($p<0,01$), через 3 месяца на 13% ($p<0,001$), спустя 6 и 12 месяцев на 15,5% и 18,8% соответственно ($p<0,001$). Уровень триглицеридов достоверно снизился на 7-10 сутки на 16,1% ($p<0,05$), через 3 месяца на 20,6% ($p<0,001$), через 6 месяцев на 25,5% ($p<0,001$), к концу исследования составил 68,7% от первоначальных значений ($p<0,001$). Было выявлено достоверное увеличение показателя ХС-ЛПВП через 6 месяцев на 12% ($p<0,01$) и 12 месяцев на 14% ($p<0,01$). Уровень ХС-ЛПНП достоверно снизился через 3 месяца на 8,4% ($p<0,05$), через 6 месяцев на 8,9% ($p<0,05$), к концу исследования на 12,1% ($p<0,05$). Показатели индекса атерогенности были также достоверно ниже: через 3 месяца снижение составило 11,5% ($p<0,01$), через 6 месяцев – 13,3% ($p<0,05$), через 12 месяцев – 17,6% ($p<0,001$).

Достоверные различия в контрольной и основной группах по уровню общего холестерина были получены на 7-10 сутки, через 3, 6 и 12 месяцев ($p<0,001$). Уровень триглицеридов в основной группе также оказался достоверно ниже, по отношению к контрольной группе больных на 7-10 сутки ($p<0,05$), спустя 3, 6 и 12 месяцев ($p<0,01$). Достоверно выше в основной группе был показатель ХС-ЛПВП спустя 3 месяца ($p<0,05$), 6 и 12 месяцев исследования ($p<0,001$). Достоверные различия удалось получить по уровню ХС-ЛПНП и индекса атерогенности через 3 месяца ($p<0,05$), через 6 месяцев и 12 месяцев ($p<0,001$).

Таблица 2

Уровень гликемии и урикемии у пациентов контрольной и основной группы за 12 месяцев

Показатель	Группа	1-3 день	7-10 день	Через 3 мес.	Через 6 мес.	Через 12 мес.
Глюкоза, ммоль/л	Контрольная	6,01±0,19	6,02±0,22	6,08±0,14	6,11±0,13	6,18±0,15
	Основная	6,34±0,13	4,76±0,09	4,69±0,10	4,62±0,07	4,61±0,07
Мочевая кислота, мкмоль/л	Контрольная	324,3±16,4	325,7±16,5	339,4±17,0	358,7±18,4	362,9±18,7
	Основная	331,7±14,8	301,7±9,41	284,4±7,08	253,3±7,18	247,5±7,21
р	Контрольная	нд	нд	<0,001	<0,001	<0,001
	Основная	нд	нд	<0,001	<0,001	<0,001

Уровень гликемии в контрольной группе достоверно не менялся, однако отмечалась тенденция к росту данного показателя на протяжении всего исследования до 102,8% к концу исследова-

ния. В основной же группе, отмечалось достоверное снижение данного показателя на 7-10 сутки до 75,1% ($p<0,001$) (табл. 2). В дальнейшем на протяжении всего исследования данный показатель был достоверно ниже первоначальных значений ($p<0,001$), однако фактов гипогликемии зафиксировано не было и значения уровня глюкозы крови были в пределах нормальных показателей. При сравнении данного показателя между пациентами контрольной и основной групп выяснялось, что среди пациентов основной группы уровень гликемии был достоверно ниже на протяжении всего исследования ($p<0,001$).

Уровень мочевой кислоты в контрольной группе достоверно не менялся, однако этот показатель постоянно рос и к концу исследования увеличился на 11,9%. В основной группе больных концентрация мочевой кислоты достоверно снизилась через 3 месяца на 14,3% ($p<0,05$), через 6 месяцев на 23,6% ($p<0,01$), составив к концу исследования 74% ($p<0,001$) от первоначальных значений. Достоверные различия по уровню урикемии в двух группах были достигнуты через 3, 6 и 12 месяцев ($p<0,001$) (табл. 2).

Динамика антропометрических показателей. У пациентов контрольной группы было отмечено достоверное увеличение веса к концу исследования на 6,4% ($p<0,05$). Достоверных изменений ИМТ отмечено не было, однако наблюдалась тенденция к увеличению этого показателя на протяжении всего исследования (табл. 3). Достоверных изменений показателей окружности талии (ОТ), окружности бедер (ОБ) и отношения ОТ/ОБ в контрольной группе обнаружено не было, хотя также отмечалась тенденция к их увеличению на 2,1%, 1,6% и 1,1% соответственно к концу 12 месяцев (табл. 3).

У больных основной группы вес тела достоверно снизился через 3 месяца на 8,1% ($p<0,01$), спустя 6 месяцев на 12,7% ($p<0,001$), а через 12 месяцев на 17,7% ($p<0,001$). ИМТ к концу исследования достиг 82,5% от первоначального ($p<0,001$). Достоверное снижение ОТ было достигнуто через 3 месяца на 2,7% ($p<0,05$), через 6 месяцев – на 4,2% ($p<0,01$), а к концу 12 месяцев – на 7,1% ($p<0,001$). Показатель ОБ достоверно уменьшился спустя 6 месяцев на 3,3% ($p<0,01$), к концу исследования – на 6% ($p<0,001$). Индекс ОТ/ОБ в основной группе на протяжении исследования достоверно не менялся.

При сравнении антропометрических показателей среди пациентов обеих групп было выявлено достоверное снижение веса в основной группе через 3, 6 и 12 месяцев ($p<0,001$), ИМТ спустя 3 месяца ($p<0,05$), 6 месяцев ($p<0,01$) и 12 месяцев ($p<0,001$), ОТ через 3 месяца ($p<0,05$) через 6 и 12 месяцев ($p<0,001$), ОБ спустя 6 месяцев ($p<0,05$) и 12 месяцев ($p<0,001$) (табл. 3).

Таблица 3

Антропометрические показатели пациентов контрольной и основной группы за 12 месяцев

Показатель	Группа	1-3 день	7-10 день	Через 3 месяца	Через 6 месяцев	Через 12 месяцев
Вес, кг	Контрольная	92,4±2,01	93,3±1,99	95,2±2,04	96,1±2,05	98,3±2,00
	Основная	92,7±1,88	91,4±2,00	85,2±1,33	80,9±1,41	76,3±1,30
ИМТ, кг/м²	Контрольная	33,9±0,88	34,2±0,67	34,9±1,09	35,3±1,12	36,0±1,14
	Основная	34,2±0,92	33,8±0,93	31,5±0,92	29,9±1,20	28,2±1,29
ОТ, см	Контрольная	108,0±1,02	108,2±1,03	108,9±0,90	109,4±0,92	110,3±0,95
	Основная	108,1±1,01	107,9±1,00	105,2±0,99	103,6±0,99	100,4±0,98
ОБ, см	Контрольная	115,6±2,03	115,8±2,00	116,1±1,97	116,5±1,98	117,4±0,99
	Основная	115,3±1,04	115,0±1,03	112,7±1,00	111,5±1,02	108,4±0,89
ОТ/ОБ	Контрольная	0,93±0,01	0,93±0,01	0,94±0,01	0,94±0,01	0,94±0,01
	Основная	0,94±0,008	0,94±0,007	0,94±0,007	0,93±0,007	0,93±0,008
р	Контрольная	нд	нд	нд	нд	нд
	Основная	нд	нд	нд	нд	нд

Динамика артериального давления. За время нахождения больных контрольной и основной групп на стационарном лечении и тем и другим было подобрана адекватная гипотензивная терапия, причем препаратами выбора считались метаболически нейтральные ингибиторы АПФ [13]. Адекватность гипотензивной терапии подтверждает достоверность снижения цифр систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления через 7-10 дней от начала терапии в обеих группах ($p<0,001$). Однако в контрольной группе достоверность снижения ДАД через 6 и 12 месяцев снижается ($p<0,01$ и $p<0,05$ соответственно) (табл. 4). Кроме того, среди пациентов, получавших сиофор и артрофен, 24 пациента (35,3%) сумели сократить среднесуточную дозировку гипотензивных препаратов вдвое, а 15 человек

(22%) отказались от гипотензивной терапии.

Достоверность различий уровня САД между пациентами контрольной и основной групп появилась уже через 3 месяца и сохранилась до конца исследования ($p<0,001$). Различия уровня ДАД были очевидны через 3, 6 и 12 месяцев ($p<0,001$) (табл. 4).

Таблица 4

Динамика показателей артериального давления у пациентов обеих групп

Показатель	Группа	1-3 день	7-10 день	Через 3 месяца	Через 6 месяцев	Через 12 месяцев
САД, мм рт. ст.	Контрольная	162,4±3,01	127,3±0,97	139,8±1,04	140,3±1,07	142,1±1,21
	Основная	163,8±2,57	126,8±1,04	126,5±1,01	124,3±0,87	121,8±0,85
р		нд	нд	<0,001	<0,001	<0,001
ДАД, мм рт. ст.	Контрольная	90,4±1,48	80,1±0,45	83,1±0,63	84,9±0,62	86,3±0,77
	Основная	91,9±1,87	80,2±0,61	79,8±0,48	79,2±0,44	78,9±0,51
р		нд	нд	<0,001	<0,001	<0,001

Динамика показателя СОЭ. У пациентов контрольной группы за время стационарного лечения отмечалось достоверное снижение уровня СОЭ на 7-10 сутки на 42,6% ($p<0,001$) в результате адекватно подобранной противовоспалительной и базисной терапии. Спустя 3 месяца данный показатель оставался достоверно ниже первоначальных значений, составив 87,5% ($p<0,01$). Однако в дальнейшем достоверных изменений в отношении уровня СОЭ по отношению к первоначальным значениям обнаружено не было: через 6 месяцев – 96,7%, через 12 месяцев – 106,1% (табл. 5). В группе больных, получавших сиюфор и артроfoon, данный показатель достоверно снизился уже на 7-10 сутки на 59,2% ($p<0,001$), и оставался достоверно ниже первоначальных значений на протяжении всего исследования ($p<0,001$).

При сравнении уровня СОЭ среди пациентов контрольной и основной групп выяснилось, что данный показатель был достоверно ниже в основной группе на 7-10 сутки ($p<0,01$), спустя 3, 6 и 12 месяцев наблюдения ($p<0,001$).

Таблица 5

Динамика показателя СОЭ у пациентов обеих групп на протяжении 12 месяцев

Показатель	Группа	1-3 день	7-10 день	Через 3 месяца	Через 6 месяцев	Через 12 месяцев
СОЭ, мм/ч.	Контрольная	35,9±0,99	20,6±0,93	31,4±0,94	34,7±1,03	38,1±1,07
	Основная	38,2±1,01	15,6±0,93	15,2±0,89	13,9±0,79	12,8±0,81
р		нд	<0,01	<0,001	<0,001	<0,001

Результаты и их обсуждение. В настоящее время метформин (сиофор) является одним из наиболее эффективных препаратов для коррекции МС. Препарат, относящийся к группе бигуанидов, длительное время применялся для лечения сахарного диабета. Однако накопленные данные позволили расширить его клиническую значимость. Устраняя инсулинорезистентность, он обладает рядом кардиоваскулярных и метаболических эффектов, оказывая положительное влияние на различные компоненты МС [15], доказан его профилактический эффект в отношении сердечно-сосудистых заболеваний, связанных с инсулинорезистентностью. В отношении артрофона известно, что препарат обладает противовоспалительным и анальгезирующим действием, изучена его эффективность в отношении лечения РА, периартериита и других ревматических заболеваний, характеризующихся хроническим течением воспалительного процесса [1,3,4,7,8,10,12,14], также отмечена его хорошая переносимость.

В нашем исследовании на фоне совместного применения сиюфора по 500 мг 2 раза в сутки и артрофона в дозировке 4 таблетки в сутки сублингвально на протяжении 12 месяцев побочных нежелательных реакций отмечено не было. Уровень гликемии у них достоверно снизился уже на 7-10 сутки, но до конца исследования оставался в пределах нормальных значений. При этом удалось достичь достоверного снижения уровня мочевой кислоты на 26%. На фоне лечения также было отмечено улучшение липидного спектра крови: показатели общего холестерина достоверно уменьшились на 18,8%, а триглицеридов на 31,7% к концу исследования. Показатель ХС-ЛПВП достоверно увеличился к концу исследования, составив 114% от первоначального. Уровень ХС-ЛПНП достоверно снизился на 12,8%. Было обнаружено и достоверное снижение индекса атерогенности до 17,6%. На фоне совместной терапии сиюфором и артрофоном, больные, существенно не ограничивая себя в питании и не расширяя объем

физических нагрузок, смогли похудеть в среднем на 16,4 кг, что составило 17,7% их веса. За время наблюдения было отмечено достоверное уменьшение ОТ до 7,1%, ОБ до 6%. У пациентов, получавших сиюфор и артроfoon, удалось стабилизировать артериальное давление. Кроме того, среди пациентов основной группы 24 пациента (35,3%) к концу исследования сумели сократить среднесуточную дозировку гипотензивных препаратов вдвое, а 15 больных (22%) отказались от приема гипотензивных препаратов, в то время как у пациентов контрольной группы после стационарного лечения цифры АД постоянно росли несмотря на проводимую гипотензивную терапию. Среди пациентов основной группы было также отмечено достоверно снижение уровня СОЭ до 66,5%. Данные факты подтверждают клиническую эффективность и безопасность совместного применения сиюфора и артрофона и позволяют рекомендовать включение данных препаратов в комплексное лечение больных ревматоидным артритом с метаболическим синдромом.

Литература

1. Арутюнов Г.П. // Сердечная недостаточность. 2001. Т. 2. №3 С. 101–104.
2. Бадюкин В.В. // Consilium Medicum. 2007. Т. 8. №8. С. 126–130.
3. Грунина Е.А. // Ревматология. 2005, апрель. С.12–13.
4. Кремлева О.В. // Научно-практическая ревматология. 2004. №2. С. 14–18.
5. Насонов Е.Л., Насонова В.А. Ревматология: национальное руководство. М.: Гэотар-Медиа. 2008. 714 с.
6. Чазова И.Е., Мычка В.Б. Профилактика, диагностика и лечение метаболического синдрома. М. 2005. 48 с.
7. Шостак Н.А., Павленко А.Ю., Хоменко В.В. // Вестник РГМУ. 2005. Т.8. №47. С. 45–48.
8. Bailey C.J., Turner R.C. // N. Engl. J. Med. 1996. Vol. 334, №9. P. 574–579.
9. Daskalopoulou S.S., Mikhailidis D.P., Elisaf M. // Angiology. 2004. Vol. 55, №6. P. 589–612.
10. Haffner S.M., Valdez R.A., Hazuda H.P. // Diabetes. 1992. Vol. 41. P. 715–722.
11. Lemieux S. // Int. J. of Obes. 1997. Vol. 21, №10. P. 831–838.
12. Mamputu J.C., Wiernsperger N.F., Renier G.A. // Diabetes Metab. 2003. Vol. 29, №4, Pt 2. P. 71–76.
13. Reaven G.V. // Diabetes. 1988. Vol.37. P. 1595–1607.
14. Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III) // NIH Publication. 2005. Vol. 5. P. 3670.
15. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34) // Lancet. 1998. Vol. 352. P. 854–865.

ESTIMATION OF EFFICIENCY OF JOINT APPLICATION SIOFOR AND ARTROFOON CONCERNING DISPLAYS OF METABOLIC SYNDROME AT PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

L.V. VASILYEVA, D.I. LAKHIN

Voronezh State Medical Academy after N.N. Burdenko,
Chair of Propaedeutics of Internal Diseases with the therapy course

The article deals with the problem of correcting the metabolic syndrome (MS) at patients with rheumatoid arthritis. The base of MS is insulinoresistent, and the preparation of the first line for MS correction is siofor (metformin), capable to reduce insulinoresistency essentially. Besides, nowadays its anti-inflammatory effects are proved. Arthrofoon, being affinely cleared antibodies to the tumour necrosis factor- α (TNF- α) is used for treatment of the rheumatologic patients for vore than one year. However the obtained data of the ability of adipose tissue to produce TNF- α at patients with MS allow to expand indications for application of this medicine. Thus, the combined use of siofor and arthrofoon for correction MS at patients with the rheumatoid arthritis is substantiated.

Key words: a metabolic syndrome, rheumatoid arthritis, siofor, arthrofoon.