

Міністерство охорони здоров'я України
 Національна академія медичних наук України
 Всеукраїнська асоціація ревматологів України
 ДУ ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України
 Всеукраїнська асоціація дослідників України

ТЕЗИ VIII НАЦІОНАЛЬНОГО КОНГРЕСУ РЕВМАТОЛОГІВ УКРАЇНИ,
 ЩО ПРОВОДИТЬСЯ СПІЛЬНО З ЄВРОПЕЙСЬКИМ АЛЬЯНСОМ АСОЦІАЦІЙ
 РЕВМАТОЛОГІВ (EULAR)
 26–29 ЖОВТНЯ 2021 Р.

**1. THE CLINICAL FEATURES OF THE COURSE
 AND TREATMENT OF JOINT SYNDROME OF
 A PATIENT WITH COVID-19 (CLINICAL CASE)**

L.V. Zhuravlyova¹, V.O. Fedorov¹, Y.K. Sikalo¹,
 M.O. Oliinyk¹, N.V. Yerakhtorina², T.I. Khovrat²

¹Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine;

²Communal non-profit enterprise of the Kharkiv Regional Council «Regional Clinical Hospital», Kharkiv, Ukraine.

It is known that SARS-CoV-2 infection often causes extra pulmonary complications. These include lesions of the gastrointestinal tract, liver, kidneys, myocardial dysfunction, acute coronary syndrome, neurological, dermatological changes and more. At the same time, there is a lack of clinical observations on musculoskeletal disorders in coronavirus disease. However, among the described rheumatic manifestations of COVID-19, only myopathies, arthropathy and soft tissue abnormalities were reported.

Aim. To describe a clinical case of joint syndrome of a patient with the onset of COVID-19.

Materials and methods. This paper presents a clinical observation of patient Z., 36 years old. She was hospitalized in the rheumatology department of CNE KRC «Regional Clinical Hospital» in Kharkiv in the fall of 2020 in connection with joint damage associated with SARS-CoV-2 infection.

Results. The patient was in satisfactory condition until mid-September 2020, when in a week after a single rise of temperature to 38 °C and diarrhea, there appeared constant pain, swelling, redness, limited movement in the small joints of the hands, elbows, shoulders (more left), hips, knees, ankle joints, small joints of the feet and temporomandibular joint on the right. A few days later, there joined the pain in the lumbosacral spine, and there was also stiffness in the joints for up to one hour. She took NSAIDs on an outpatient basis, but without significant effect. In this regard, 2 weeks later, she was sent to the rheumatology department of CNE KRC «Regional Clinical Hospital». Before hospitalization, the result of the test on SARS-CoV-2 IgM was negative. Objectively, during hospitalization there was noted limited activity due to pain in the joints, edema of the distal and proximal interphalangeal joints of the II, III fingers, wrists, left knee and ankle joints, pain in the limbs while palpitation and severely reduced action activity.

Laboratory examination revealed a moderate increase in acute phase parameters, tests for HLA-B27, a-CCP, RF, PCR to chlamydia, ureaplasma and mycoplasma were negative. No radiological signs of lesions of the chest, sacroiliac joints, knees, ankles were found. MRI examination of the sacroiliac joints did not provide convincing data for sacroiliitis. Uric acid was normal.

Based on the conducted research, a preliminary diagnosis was made: *Reactive arthritis of unspecified genesis.*

The prescribed treatment was: dexamethasone 8 mg, rheosorbilact 200.0 ml IV, azithromycin 500 mg per day, meloxicam 15 mg per day. The offered therapy helped to improve the joint syndrome. Therefore, the patient was switched to medium doses of methylprednisolone (starting at 16 mg per day). However, after changing the corticosteroid regimen, the patient noted worsening of general wellbeing and increased pain and swelling in the small joints of the hands, feet, wrists, ankles, knees, joint stiffness for up to 2 hours, and an increase in temperature in the evening to 38.8 °C. Taking this into account, the dose of methylprednisolone was increased to 24 mg per day. Due to the atypical course of reactive arthritis and high activity of the process, re-examination for the COVID-19 was assigned. Ig M was negative, but SARS-CoV-2 rRT-PCR test was positive. Ceftriaxone 1.0 g 2 times a day IV, moxifloxacin 400 mg once a day were added to the therapy. During the therapy, there was an improvement in the patient's condition, regression of the joint syndrome's manifestations. The patient was discharged under outpatient supervision with the recommendation to take methylprednisolone 24 mg per day with subsequent dose reduction under the clinical and laboratory activity control. During the observation in the first two weeks after discharge from the hospital, the patient reported complete remission of the joint syndrome.

Conclusions. This clinical observation presents our own experience of managing a patient with joint syndrome with the onset of COVID-19. The disease was atypical, in the form of reactive arthritis with high activity. Rational anti-inflammatory therapy contributed to the rapid disappearance of arthritic manifestations. Further research is needed to establish a potential link between SARS-CoV-2 infection and the development and progression of systemic autoimmune diseases.

**2. КРОС-КУЛЬТУРАЛЬНА АДАПТАЦІЯ,
 ВАЛІДИЗАЦІЯ ТА АПРОБАЦІЯ
 УКРАЇНОМОВНОЇ ВЕРСІЇ ОПИТУВАЛЬНИКА
 CENTRAL SENSITIZATION INVENTORY
 (CSI) У ПАЦІЄНТІВ З РЕВМАТОЇДНИМ
 АРТРИТОМ**

В.О. Бомбела, М.А. Станіславчук

Вінницький національний медичний університет
 ім. М.І. Пирогова

Кафедра внутрішньої медицини № 1

Актуальність. Больовий синдром є одним з основних івалідизуваних факторів у хворих на ревматоїдний артрит (РА). В останні роки показано неоднорідність патогенетичних механізмів формування болю у хворих із запальними захворюваннями суглобів, і не останню роль

в механізмах перцепції болю відіграє явище центральної сенситизації. У 2012 р. R. Neblett та групою авторів створено опитувальник CSI (Central Sensitisation Inventory), який допомагає швидко ідентифікувати пацієнтів, симптоми яких можуть бути пов'язані з феноменом центральної сенситизації, однак україномовної версії дано опитувальника досі не було.

Мета: перекласти, провести крос-культуральну адаптацію, валідацію та апробацію україномовної версії CSI у хворих на РА.

Матеріали і методи дослідження. Переклад та крос-культуральна адаптація CSI проводилися згідно зі стандартними рекомендаціями Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. Обстежено 50 пацієнтів зі встановленим діагнозом РА відповідно до критеріїв ACR/EULAR (2010) та 20 пацієнтів контрольної групи. Статистичний аналіз отриманих результатів проводився за допомогою методів варіаційної статистики у пакеті прикладних програм SPSS22 (©SPSS Inc.).

Результати. Перекладено та проведено крос-культуральну адаптацію і валідацію опитувальника CSI. Надійність україномовної версії опитувальника CSI оцінювалася шляхом «тест-ретест» з інтервалом 7 днів у 40 хворих на РА. Отримані дані продемонстрували високу надійність опитувальника CSI — внутрішньокласовий коефіцієнт кореляції становив 0,969, а коефіцієнт альфа Кронбаха — 0,983. Використання опитувальника CSI у хворих на РА засвідчило наявність феномену центральної сенситизації у цієї категорії пацієнтів. Значення CSI у наших хворих було на рівні $37,5 \pm 13,3$ проти $15,6 \pm 12,1$ в контролі. При цьому показник більше 40 (наявна центральної сенситизація) виявлений у 44% хворих.

Висновки. Створено україномовну версію опитувальника CSI та проведено її крос-культуральну адаптацію та валідацію. Україномовна версія опитувальника показала достатній рівень надійності та внутрішньої узгодженості. Даний опитувальник можна використовувати як з науковою метою, так і у клінічній практиці для україномовної популяції. У хворих на РА встановлено феномен центральної сенситизації, що слід враховувати в комплексному лікуванні даної категорії пацієнтів.

3. ЛОКАЛЬНІ ТА СИСТЕМНІ ЗМІНИ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ЧОЛОВІКІВ З АНКІЛОЗИВНИМ СПОНДИЛІТОМ: ОЦІНКА ФАКТОРІВ РИЗИКУ

О.П. Борткевич, А.О. Ситенко

ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України, відділ некоронарних хвороб серця, ревматології та терапії

Анкилозивний спондиліт (АС) асоціюється з порушенням метаболізму кісткової тканини, причиною якого є запальний процес та/або лікування (зокрема застосування глюкокортикоїдів), і призводить до подальшого зниження рухливості пацієнта та підвищення ризику розвитку ускладнень, зокрема переломів.

Мета: оцінити поширеність системних і локальних змін кісткової тканини у чоловіків та дослідити фактори впливу на частоту остеопенії, остеопорозу та синдесмофітів (СФ) у чоловіків з АС.

Методи дослідження: обсерваційне, ретроспективне дослідження.

Результати. Проаналізовано історії хвороби 71 пацієнта чоловічої статі з діагнозом АС, що відповідають модифікованим Нью-Йоркським критеріям (1984 р.). У даній групі хворих у 62% не виявлено порушень мінеральної щільнос-

ті кісткової тканини (МЩКТ), 38% мали зниження МЩКТ (ЗМЩКТ) у наступному відсотковому співвідношенні: остеопенія — 21%, остеопороз — 15%, перелом — 2%. Синдесмофіти виявлено у 21% хворих, що мали ЗМЩКТ, у 79% хворих із ЗМЩКТ синдесмофіти відсутні.

За результатами дослідження, основними факторами, що впливають на виявлення ЗМЩКТ у хворих на АС, були активність захворювання, (BASDAI) $\times 2$ (розр.), що становить 12,88, при $\times 2$ (крит.) 5,99 ($p=0,05$). Однаковий вплив чинили тривалість АС та паління в анамнезі, при $\times 2$ (розр.) 4,82, при $\times 2$ (крит.) 3,84 ($p=0,05$) відповідно. Застосування глюкокортикоїдів (ГК) становило при $\times 2$ (розр.) 5,87, при $\times 2$ (крит.) 3,84 ($p=0,05$). Вік пацієнта складав $\times 2$ (розр.) 1,8, при $\times 2$ (крит.) 5,99, ($p=0,05$).

Висновки. Системні та локальні зміни при АС пов'язані із ЗМЩКТ: синдесмофіти виявляються у 21% випадків у групі пацієнтів з ознаками остеопенії та остеопорозу. ЗМЩКТ та синдесмофіти мають спільні фактори ризику: активність та тривалість АС, паління та факт застосування ГК. За результатами дослідження, вік пацієнта з АС не належить до чинників ризику ЗМЩКТ та синдесмофітів. Необхідні подальші дослідження з метою встановлення патогенетичних механізмів, що лежать в основі виявлених асоціацій.

4. ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ШКАЛИ TAS-20 (TORONTO ALEXITHYMIA SCALE) З МЕТОЮ ДІАГНОСТИКИ АЛЕКСИТИМІЇ У ХВОРИХ НА АНКІЛОЗИВНИЙ СПОНДИЛІТ

В.В. Василець, А.О. Клебанська, І.І. Шаповал, М.А. Станіславчук

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

Кафедра внутрішньої медицини № 1

Вступ. Термін «алекситимія» введений Пітером Сіфнеосом в 1973 р. для визначення групи когнітивних та афективних характеристик, які відмічали у пацієнтів із класичними психосоматичними захворюваннями. Алекситимію (АЛ) виявляють як при фізичних, так і психічних розладах, особливо станах, що супроводжуються больовим синдромом. Хворі із запальними ревматичними захворюваннями, такими як ревматоїдний артрит, анкілозивний спондиліт (АС), основною клінічною маніфестацією яких є больовий синдром, схильні проявляти дефіцит усвідомлення емоцій, труднощі в розрізненні негативних і позитивних емоцій та небажання вербально висловлювати почуття та мають усі передумови щодо виникнення АЛ. Однак літературні дані мають суперечливий характер. З метою діагностики АЛ у 1985 р. Graeme J. Taylor була розроблена Торонтська шкала алекситимії (TAS), яка складалася із 26 запитань. У 1992 р. вона була модифікована та розроблена вдосконалена версія з 20 пунктів Toronto Alexithymia Scale (TAS-20).

Мета: оцінити поширеність АЛ у хворих на АС з використанням україномовної версії шкали TAS-20.

Матеріали і методи дослідження. У дослідження увійшло 65 хворих на АС згідно з модифікованими Нью-Йоркськими критеріями (Linden S.V.D. et al., 1984) та 55 осіб контрольної групи. З метою виявлення АЛ використовували україномовну версію TAS-20, яку валідизовано згідно з рекомендаціями «Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures» (Beaton et al., 2000) та отримано дозвіл на її використання. Дана шкала складається з 20 запитань, результат підраховується як сума балів.

Результати. Серед обстежених 65 хворих чоловіків було 43 (66%). Середній вік пацієнтів ($M \pm SD$) становив $41,4 \pm 9,13$ року. 55 осіб групи контролю були репрезен-

тативними за віком та статтю. За допомогою шкали TAS-20 встановлено, що середні значення за шкалою TAS-20 у хворих на АС були достовірно вищими, ніж у групі контролю (49,6±10,6 проти 39,9±8,7, $p<0,05$). При цьому АЛ (значення шкали TAS-20 ≥ 61) виявлена у 12 хворих на АС (19%) та у 1 особи групи контролю (2%). Межові значення ($51 \leq \text{TAS-20} \leq 61$) відмічали у 18 (28%) хворих на АС та у 4 (7%) осіб групи контролю, що свідчить про значну поширеність АЛ у хворих на АС. У хворих на АС з АЛ виявлялася тенденція до вищої активності захворювання, погіршення функціонального стану та якості життя.

Висновки. Отримані дані вказують на значну поширеність АЛ у хворих на АС. Україномовна версія шкали TAS-20 є ефективним діагностичним інструментом для виявлення АЛ у хворих на АС. Наявність АЛ у хворих на АС слід враховувати при проведенні лікувально-діагностичних заходів у повсякденній клінічній практиці.

5. ТОЛЕРАНТНІСТЬ ДО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ У ПІДЛІТКІВ З РЕВМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Т.О. Головка¹, Н.С. Шевченко^{1,2}, Л.Ф. Богмат^{1,2}, В.В. Ніконова²

¹ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України»

²Харківській національний університет ім. В.Н. Каразіна, м. Харків

До основних причин зниження якості життя і смертності пацієнтів з ревматичними захворюваннями (РЗ) належить патологія серцево-судинної системи (ССС) з розвитком серцевої недостатності (СН). Згідно з функціональною класифікацією СН Нью-Йоркської асоціації серця (NYHA) основними діагностичними показниками субклінічної СН є суб'єктивні відчуття пацієнта, які часто відсутні у хворих підліткового віку і молодих дорослих. Тому для діагностики порушень ССС в даний віковий період важливого значення набуває вивчення толерантності пацієнта до мінімального фізичного навантаження на підставі проведення різних навантажувальних проб, у тому числі тесту 6-хвилинної ходьби по коридору (ТШХ).

Метою даного дослідження стало вивчення толерантності до мінімального фізичного навантаження з контролем систолічної функції міокарда за даними ультразвукової діагностики (УЗД) у підлітків з РЗ.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 67 підлітків з РЗ віком 13,1±0,89 року, з яких 18 пацієнтів із системним червоним вовчаком (СЧВ) і 49 — з ювенільним ідіопатичним артритом (ЮІА). Групу контролю становили 46 здорових однолітків, порівнянних за статтю, віком 14,73±0,32 року. Усім хворим проведено ультразвукове дослідження на апараті LOGIO V2 General Electric (США), датчиком 3Sc-RS в М- і В-режимах. Визначалися фракція викиду обох шлуночків (ФВпш, ФВлш), їх ударний (УОпш, УОлш) і хвилинний (ХОКпш, ХОКлш) об'єми, частота серцевих скорочень (ЧСС). В аналіз включалися індексні показники структурних параметрів серця по відношенню до площі поверхні тіла. У першу половину дня пацієнтам проведено ТШХ з реєстрацією пройденої дистанції (6MWD), ЧСС, артеріального тиску (АТ), розрахунком індексу Аллговера (уніфікована норма дорівнює 0,5–0,7 для дорослих пацієнтів) до і після тесту, частку приросту ЧСС у відповідь на навантаження.

Результати дослідження показали, що пацієнти з РЗ проходили меншу дистанцію, ніж здорові підлітки (489,02±7,29 м проти 516,61±8,74 м, $p<0,01$). При цьому приріст ЧСС у них був достовірно вищим (34,09±2,72% про-

ти 24,54±2,02%, $p<0,001$). Індекс Аллговера до ТШХ знаходився в рамках верхньої межі допустимих значень, але був достовірно вищим, ніж у здорових дітей (0,78±0,02 проти 0,69±0,02, $p<0,001$). Після ТШХ його показники були значно вищими (0,99±0,02 у пацієнтів з РЗ проти 0,87±0,03 у підлітків групи контролю, $p<0,001$). Вивчення функціонального стану міокарда показало у пацієнтів з РЗ на тлі більш високої ЧСС (78,69±1,71 уд./хв проти 66,61±1,65 уд./хв, $p<0,001$) достовірні відмінності ультразвукових параметрів правого шлуночка від підлітків групи контролю. Виявлено більш низьку ФВпш (43,68±2,47% проти 58,51±1,77%, $p<0,001$) з одночасно більш високими ІУОпш і ХОКпш (7,09±1,01 мл/м² проти 4,91±0,27 мл/м² ($p<0,001$) та 0,84±0,13 л/хв проти 0,51±0,03 л/хв ($p<0,001$) відповідно). При цьому ФВлш, ІУ-Олш і ХОКлш достовірно не відрізнялися у підлітків основної групи від аналогічних показників у підлітків групи контролю (67,81±0,85% проти 69,02±0,78% ($p<0,1$); 37,61±1,40 мл/м² проти 38,53±1,24 мл/м² ($p<0,1$) і 3,89±0,50 л/хв проти 3,92±0,19 л/хв ($p<0,01$) відповідно).

Таким чином, у пацієнтів з РЗ за результатами ТШХ встановлено зниження толерантності до мінімального фізичного навантаження з надмірною мобілізацією функціонального резерву (більш високий приріст ЧСС, збільшення систолічного викиду, УОпш і ХОКпш). Несприятливою ознакою слід вважати зменшення ФВпш, незважаючи на збереження систолічної функції лівого шлуночка на рівні показників здорових однолітків.

6. МІНЕРАЛЬНА ЩІЛЬНІСТЬ ТА ЯКІСТЬ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ, РИЗИК ОСТЕОПОРОТИЧНИХ ПЕРЕЛОМІВ У ЖІНОК ІЗ СИСТЕМНИМ ЧЕРВОНИМ ВОВЧАКОМ

Н.В. Григор'єва, Г.С. Дубецька

ДУ «Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМН України», Київ

Мета: вивчити показники мінеральної щільності та якості кісткової тканини, ризик основних остеопоротичних переломів і переломів стегнової кістки у жінок із системним червоним вовчаком.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 150 жінок (50 осіб — хворі на системний червоний вовчак (основна група), 100 жінок без будь-якої клінічно значущої патології із встановленим впливом на стан кісткової тканини (група порівняння)) віком 20–75 років (середній вік 51,1±11,6 року), яких спостерігали у ДУ «Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМН України». Жінки не відрізнялися за показниками віку (51,4±10,8 і 50,4±13,2 року відповідно; $p=0,60$), зросту (163,8±15,4 та 163,6±6,6 см відповідно; $p=0,86$), маси тіла (73,6±15,9 і 68,8±14,8 кг відповідно; $p=0,09$) та тривалості постменопаузального періоду (8,9±6,9 та 9,6±8,1 року відповідно; $p=0,81$), проте показники менопаузи були достовірно нижчі у пацієнок із системним червоним вовчаком (47,9±4,7 і 42,1±15,3 року відповідно, $p<0,05$). Визначення показників мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) усього скелету, поперекового відділу хребта, шийки стегнової кістки та її проксимального відділу, а також променевої кістки виконували на приладі «Prodigy». Оцінку показника якості трабекулярної кісткової тканини (ТБС) проводили за допомогою інсталюваної на рентгенівському денситометрі програми TBS iNsight® software (Med-Imaps, Pessac, France). Оцінку ризику остеопоротичних переломів проводили за допомогою української версії опитувальника FRAX без урахування показників МЩКТ з оцінкою ризику як основних остеопоротичних переломів загалом, так і переломів стегнової кістки зокрема.

Результати. Показники МЩКТ були достовірно нижчими у пацієнок із системним червоним вовчаком порівняно з показниками осіб групи порівняння в усіх вимірюваних ділянках: на рівні всього скелету ($0,95 \pm 0,05$ та $1,06 \pm 0,12$ г/см² відповідно; $p=0,03$), поперекового відділу хребта ($0,87 \pm 0,13$ та $0,96 \pm 0,17$ г/см² відповідно; $p=0,02$), шийки стегнової кістки ($0,68 \pm 0,11$ та $0,75 \pm 0,14$ г/см² відповідно, $p=0,03$), проксимального відділу стегнової кістки ($0,83 \pm 0,10$ та $0,92 \pm 0,16$ г/см² відповідно; $p=0,02$). Також у пацієнтів із системним червоним вовчаком показник TBS був достовірно нижчим порівняно з показниками практично здорових осіб ($1,28 \pm 0,11$ та $1,33 \pm 0,12$ од. відповідно; $p=0,02$). У жінок із системним червоним вовчаком показники ризику усіх остеопоротичних переломів згідно з опитувальником FRAX були достовірно вищими порівняно з показниками групи контролю (ризик основних остеопоротичних переломів: $10,5 \pm 6,5$ та $4,8 \pm 2,7\%$ відповідно ($p < 0,05$); переломів шийки стегнової кістки — $3,0 \pm 2,7$ та $0,8 \pm 0,8\%$ відповідно ($p < 0,05$)).

Висновки. Показники мінеральної щільності та якості кісткової тканини у жінок із системним червоним вовчаком достовірно нижчі, ніж у здоровій популяції, а показники ризику основних остеопоротичних переломів вірогідно вищі, що потребує динамічного моніторингу стану кісткової тканини та своєчасного лікування остеопорозу.

7. ВИВЧЕННЯ ТІЛОБУДОВИ ТА ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ У МОЛОДИХ ДОРΟΣЛИХ З ЮВЕНІЛЬНИМ ІДІОПАТИЧНИМ АРТРИТОМ

М.Б. Джус¹, Г.В. Мостбауер¹, М.С. Кулик¹, Т.А. Карасевська¹, Т.О. Меффорд², О.В. Резніченко², О.В. Фельдман²

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

²КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва»

Актуальність. Втрата м'язової маси, що пов'язана з хронічним захворюванням, нині розглядається в контексті вторинної саркопенії, наявність якої поєднується з ранньою втратою працездатності, зниженням якості життя та підвищенням смертності. Незначна кількість досліджень з визначення тілобудови та фізичної активності у молодих пацієнтів з ювенільним ідіопатичним артритом (ЮІА) спонукають до подальшого вивчення цієї багатогранної проблеми.

Мета: оцінити показники тілобудови (м'язову та жирову масу) та фізичну активність у молодих дорослих з ЮІА.

Матеріали і методи дослідження. У дослідженні взяли участь 30 молодих дорослих пацієнтів з ЮІА з тривалістю захворювання більше 3 років, віком 18–44 років, з них 22 пацієнти жіночої та 8 — чоловічої статі. Для оцінки фізичної активності використаний міжнародний опитувальник International Questionnaire on Physical Activity (IPAQ-SF), який дозволяє виміряти частоту і тривалість помірної або інтенсивної фізичної активності, яка відмічається більше 10 хв поспіль в ході звичайної діяльності на роботі, вдома і під час відпочинку, протягом тижня. Критерій гіподинамії — підрахунок балу, що становить менше 21. Дослідження м'язової та жирової маси визначали за допомогою подвійної рентгенівської абсорбціометрії (ДРА). Зниження м'язової маси визначали за розрахунком індексу скелетних м'язів (SMI — сума м'язової маси верхніх і нижніх кінцівок/зріст²); «відрізними точками» вважалися $SMI < 7$ кг/м² для чоловіків, < 6 кг/м² для жінок згідно з критеріями EWGSOP2.

Результати. Середній вік пацієнтів становив $22 \pm 8,2$ року; середній вік початку захворювання становив 9 ± 5 років. При проведенні опитування, чи відчувають пацієнти м'язову слабкість, 17 (56,7%) відповіли «час від часу», 9 (30%) відмітили «так», і лише 4 (13,3%) відповіли «ні». Порушення рівноваги 1–2 рази на 1–2 міс відмітили 13 пацієнтів (43,3%), 2 (6,7%) відповіли «досить часто», 15 (50%) не помічали подібних симптомів. Постійний біль у м'язах відмічають 11 пацієнтів (36,7%), 10 (33,3%) — час від часу, і 9 (30%) — подібного не відмічали. Критерієм гіподинамії (< 21 бал за опитувальником IPAQ-SF) відповіли 16 пацієнтів (53,3%).

Обстеження з метою визначення показників тілобудови пройшли 26 пацієнтів з використанням ДРА. I група включала 16 пацієнтів зі зниженою м'язовою масою ($SMI = 5,2 \pm 0,7$ кг/м²), в той час як II група — 10 пацієнтів без зниженої м'язової маси ($SMI = 8,05 \pm 0,94$ кг/м²). Середній вік пацієнтів, вік дебюту захворювання та його тривалість не відрізнялися між обома групами ($25,3 \pm 10,1$ vs $21,3 \pm 5,9$ року в I та II групі відповідно, $7,8 \pm 4,5$ vs $11,5 \pm 4,1$ року відповідно, $17,1 \pm 9,5$ vs $10,3 \pm 6,1$ року відповідно, $p < 0,05$). Зріст і маса тіла пацієнтів у I групі були нижчими, ніж у II групі (зріст $1,6 \pm 0,1$ vs $1,7 \pm 0,1$ м; $p=0,01$; маса тіла $55,1 \pm 8,3$ vs $70,0 \pm 10,8$ кг; $p=0,0007$ відповідно). Пацієнти I групи мали знижену м'язову масу верхніх кінцівок ($3380 \pm 0,85$ vs $7016 \pm 1,54$ кг, $p=0,0001$); нижніх кінцівок — $11264 \pm 2,27$ vs $17625 \pm 2,54$ кг, $p=0,0001$; загальну знежирену масу — $35688,31 \pm 5575$ vs $51880,17 \pm 6852$ г, $p=0,0001$. При цьому жирова маса в групі I була більшою: жирова маса верхніх кінцівок (% жиру) — $30,7 \pm 12,3$ vs $16,2 \pm 11,1$, $p=0,007$; нижніх кінцівок (% жиру) — $34,3 \pm 13,9$ vs $20,8 \pm 11$, $p=0,02$. Відмічалася позитивна кореляція між показниками IPAQ-SF та індексом скелетних м'язів (SMI) (r Спірмена [$rS = 0,62$]); ($p < 0,05$).

Висновки. Це дослідження вказує на наявність зниження м'язової маси та збільшення жирової, а також зниження фізичної активності серед молодих пацієнтів з ЮІА. Вперше досліджувався взаємозв'язок між рівнем фізичної активності та індексом скелетних м'язів у молодих дорослих з ЮІА. Враховуючи невелику кількість пацієнтів та актуальність даної проблеми, необхідні подальші дослідження в цьому напрямку.

8. ПРИЛАД ДЛЯ ОБ'ЄКТИВНОЇ ОЦІНКИ БОЛЮ У ПАЦІЄНТІВ З ФІБРОМІАЛГІЄЮ

О.В. Дзекан

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, КНП «ВОКЛ ім. М.І. Пирогова ВОР»

Фіброміалгія (ФМ), поширеність якої у світовій популяції сягає близько 7%, займає важливе місце серед захворювань, перебіг яких супроводжується хронічним больовим синдромом. Проблема об'єктивізації визначення больового порогу у хворих на ФМ є актуальною як для встановлення діагнозу, так і для подальшої динаміки стану, контролю ефективності лікування таких пацієнтів. Методи обстеження чутливих точок у хворих на ФМ передбачають застосування пальцевого натиснення, що унеможливило точне визначення больового порогу, або ж використання альгометрів, оснащених металевими зондами, які безпосередньо контактують з поверхнею тіла пацієнта в ділянці обстеження. З огляду на полімодальну природу хронічного болю у пацієнтів з ФМ згідно із сучасними уявленнями мають місце як нейропатичний компонент, так і центральна та периферична сенситизація. Останні наукові дослідження свідчать, що хворим на ФМ властива алодинія, при якій незначне подразнення може сприйматися як больове. Металева контактна насадка традиційного альгометра, враховуючи фізичні властивості такої поверхні, спроможна залежно від температури навколишнього середовища під час проведення дослідження та умов зберігання альгометра забрати або ж віддати в місці контакту зі шкірою відчутну кількість тепла. Відтак у хворих на ФМ

температурне відчуття під час альгометрії може відмічатися як больове, а, отже, призводити до спотворення результатів обстеження.

Мета: покращити якість об'єктивної діагностики порогу больової чутливості шляхом усунення модифікуючого впливу металевої контактної насадки (зонду) альгометра у хворих на ФМ.

Методи дослідження. Розроблення приладу зі зміною контактної поверхні, наявної у традиційного альгометра, з металевої на дозволеній для медичного використання полімерний матеріал з вкрай низькою теплопровідністю, зокрема порівняно з нержавіючою «медичною» сталлю (0,28 Вт/м×К для поліаміду-6 проти 16,2 Вт/м×К для AISI 304). Проведення парного діагностичного тесту у 20 пацієнтів з ФМ, не асоційованою з іншими ревматологічними захворюваннями, з використанням традиційного альгометра та розробленого приладу в класичних чутливих точках згідно з ACR1990.

Результати. Використання розробленого приладу виявило достовірно вищі значення больового порогу в обстежених пацієнтів порівняно з традиційною альгометриєю (3,94±0,87 проти 1,79±0,63 кг/см² відповідно). У 6 з 20 пацієнтів (30%) із застосуванням приладу мало місце тактильне відчуття в частині чутливих точок, попередньо визначене як больове, що дозволило у двох обстежених не підтвердити діагноз ФМ згідно з ACR1990.

Висновки. Прилад для об'єктивної оцінки больового порогу у пацієнтів з ФМ покращує якість визначення больового порогу у таких пацієнтів порівняно з традиційним альгометром.

9. МОДЕЛЬ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ІНДУКЦІЇ СИСТЕМНОЇ СКЛЕРОДЕРМІЇ: ФОКУС НА РЕМОДЕЛЮВАННЯ РЕСПІРАТОРНОГО ВІДДІЛУ ЛЕГЕНЬ

Б.В. Доскалюк

Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ

Мета: охарактеризувати патогенетичні особливості ураження респіраторного відділу легень при експериментальному моделюванні системної склеродермії (ССД).

Методи дослідження. Для проведення індукції ССД відібрано 25 статевозрілих щурів лінії Wistar (220–240 г), які сформували дослідну групу; група контролю налічувала 20 особин. Лабораторним тваринам дослідної групи вводили тричі на тиждень 0,5 мл 5% розчину гіпохлориту натрію (NaClO) підшкірно впродовж 6 тиж, контрольні особини отримували ізотонічний розчин за тією ж схемою. Обидві групи тварин виведено з експерименту через 8 тиж. У ході дослідження визначено стан оксидантно-антиоксидантного гомеостазу (ОАГ) та рівень оксипроліну в плазмі крові. ОАГ оцінювали за показниками каталази, ТБК-активних продуктів, молекул середньої маси (МСМ) та дієнових кон'югатів (ДК) у плазмі крові. Імуноферментним методом встановлено рівень сурфактантного протеїну D (Elabscience SP-D ELISA-Kit), васкулярної молекули клітинної адгезії-1 (Elabscience VCAM-1 ELISA-Kit) та інтерлейкіну-13 (Elabscience IL-13 ELISA-Kit). Для опису морфологічних змін цитоархітекtonіки зразки легеневої тканини досліджено за допомогою світлової (Leica DM750, збільшення x200) та електронної (ПЕМ-125К, збільшення x9600) мікроскопії. Світлова мікроскопія зразків легеневої тканини здійснена з використанням стандартної методики забарвлення (гема-токсилін та еозин).

Результати. Очікувано серед тварин дослідної групи виявлено порушення ОАГ, що проявилось зниженням фракції антиоксидантів та зростанням рівня оксидантів. Рівень каталази у дослідній групі був нижчим порівняно з контрольною (9,69±0,67 та 11,1±0,87 г/л відповідно, $p<0,05$). Показник ТБК-активних продуктів був вищим у групі експерименту (4,3±0,26 та 3,85±0,23 нмоль/мл відповідно, $p<0,05$), як і рівень МСМ (0,261±0,027 та 0,247±0,031, $p<0,05$) та ДК (0,0139±0,0032 та 0,0060±0,0011, $p<0,05$). Концентрація оксипроліну в плазмі крові лабораторних тварин з дослідної групи була вірогідно вищою порівняно з контрольними особинами (34,03±5,01 та 33,23±2,4 мкмоль/л, $p<0,05$). В експериментальній групі відмічали також вищі показники IL-13 (136,4±56,23 та 9,43±4,01, $p<0,05$), VCAM-1 (91,25 [IQR 85,63–143,75] та 17,35±7,47, $p<0,05$) і SP-D (490,20 [IQR 228,75–568,73] та 70,13±33,21, $p<0,05$). Порушення морфологічної структури легеневої паренхіми відповідало ознакам неспецифічної інтерстиціальної пневмонії. Ремоделювання характеризувалося потовщенням міжальвеолярних перегородок в результаті продуктивних склеротичних змін та інфільтрації лімфоцитами. Окрім цього, в біоптатах вдалося визначити наявність поодиноких міофібробластів та потовщення базальної мембрани судин мікроциркуляторного русла. Оцінка за шкалою Ешкрофта була значно вищою у дослідній групі (3,7±0,6) порівняно з контрольними тваринами (0,6±0,1) ($p<0,05$). У ході ультраструктурного аналізу зразків легеневої тканини вдалося встановити накопичення значного обсягу колагенових волокон в інтерстиціальній тканині стінки альвеоли. У особин з контрольної групи гістологічне дослідження зразків легеневої тканини значних відхилень від норми не виявило.

Висновки. Описана модель індукції ССД дає змогу вивчити патогенетичні механізми порушення морфофункціонального стану респіраторного відділу легень при даній патології.

10. СКРИНІНГОВА ДІАГНОСТИКА САРКОПЕНІЇ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ В ПРАКТИЧНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ

А.А. Заздравнов¹, О.О. Качанов²

¹Харківський національний медичний університет, Харків

²Амбулаторія № 1 Центру первинної медичної допомоги — КНП «Міська поліклініка № 24» Харківської міської ради

Згідно з визначенням European Working Group on Sarcopenia in Older People саркопенія (СП) розглядається як прогресуюча і генералізована втрата маси скелетних м'язів, м'язової сили та/або функціональної спроможності м'язів, що призводить до несприятливих подій, таких як інвалідність, погіршення якості життя, смерть. Зазвичай СП є результатом інволютивних змін, поряд з цим даний синдром асоціюється з низкою хронічних захворювань та патологічних станів, включно з хронічною серцевою недостатністю (ХСН). Втім, остання є однією з найбільш поширених нозологій та основних мішеней у роботі лікаря загальної практики.

Мета: оцінити можливість використання опитувальника SARC-F та рутинної кистьової динамометрії в практичній діяльності сімейного лікаря при діагностиці СП у пацієнтів із ХСН.

Матеріали і методи дослідження. Було обстежено 36 пацієнтів з ХСН 2-го функціонального класу (ФК) ішемічного генезу. Середній вік пацієнтів становив 62±1,14 року,

переважали чоловіки (21). Фракція викиду лівого шлуночка становила 40–49%. Усім пацієнтам з метою скринінгу СП проведено анкетування за опитувальником SARC-F (критичний рівень — 4 бали та більше) і кистева динамометрія (критичний рівень 20 кг та менше — для жінок, 30 кг та менше — для чоловіків). Пацієнтам з виявленою СП для верифікації діагнозу виконано біоімпедансометрію.

Результати. Анкетування пацієнтів за опитувальником SARC-F виявило порушення м'язової функції у 6 (16,7%) хворих із ХСН, які набрали 4 бали та більше. Зниження м'язової сили за результатами кистевої динамометрії виявлено у 10 (27,8%) пацієнтів, у тому числі у всіх «SARC-F-позитивних» хворих. Зменшення м'язової маси підтверджено при біоімпедансометрії у 6 (100%) «SARC-F-позитивних» пацієнтів та у 2 із 4 хворих зі зниженими показниками динамометрії, але з кількістю балів за SARC-F менше 4.

Результати нашого невеликого дослідження вказують на те, що поширеність СП серед хворих похилого віку з ХСН (16,7%) суттєво не перевищувала загальнопопуляційний показник для цієї вікової категорії (7–14% за даними різних авторів). Проте невелика кількість обстежених нами пацієнтів та відсутність групи порівняння не дають змоги вважати отримані результати статистично достовірними й потребують подальших досліджень у цьому напрямку. Поряд з цим «польова» апробація анкетування за опитувальником SARC-F і кистевої динамометрії показала доступність, дешевизну та інформативність даних скринінгових методів діагностики СП в умовах первинної ланки медичної допомоги. Зважаючи на те, що СП є незалежним фактором ризику смерті, рання діагностика даного синдрому є надзвичайно важливою для формування груп підвищеного ризику серед пацієнтів із ХСН. Корекція фізичної активності, зміни характеру і обсягу харчування можуть позитивно впливати на пацієнтів з СП і ХСН, покращити якість та збільшити тривалість життя.

Висновки. Використання опитувальника SARC-F в поєднанні з кистевою динамометрією є доступним, дешевим та інформативним методом скринінгу СП на етапі первинної медичної допомоги. Рання діагностика та корекція СП, в свою чергу, є дієвим заходом покращення прогнозу для пацієнта.

11. РЕЗУЛЬТАТИ МОНІТОРИНГУ ХВОРОБОМОДИФІКУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ У РЕВМАТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Л.С. Крикливець¹, А.А. Мажарівська², С.Ю. Крикливець¹

¹КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради», м. Житомир

²Житомирський медичний інститут ЖОР, м. Житомир

Хворобомодифікуючі антиревматичні препарати (ХМАРП) впроваджені в практику лікарів-ревматологів Житомирської обл. ще в 1988 р. Першим препаратом із цієї групи став метотрексат, який увійшов у програму лікування ревматоїдного артрити (РА). На сьогодні ревматологи КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» застосовують весь арсенал ХМАРП, зареєстрованих в Україні, призначення і застосування яких проводяться з урахуванням міжнародних рекомендацій EULAR, ACR, NICE.

Мета дослідження полягала в проведенні аналізу застосування та моніторингу хворобомодифікуючої терапії у ревматологічних пацієнтів Житомирської обл.

Матеріали і методи дослідження. У ході дослідження використані бібліосемантичний, статистичний методи

та статистичні дані Центру громадського здоров'я Житомирської обл.

Результати. У 2020 р. в Житомирській обл. ХМАРП-терапію відповідно до локальних протоколів потребували 1864 особи віком 18–50 років, з яких 87,4% жінок та 12,6% чоловіків. Серед них 79,4% (1480 осіб) — пацієнти із ревматоїдним артритом; 6,8% (127 осіб) — із псоріатичною артропатією; 6,3% (118 осіб) — із системною склеродермією; 3,0% (56 осіб) — із аксілярним спондилоартритом; 2,7% (51 особа) — із анкілозним спондилоартритом; 1,2% (24 особи) — із системним червоним вовчаком і системними васкулітами; 0,6% (8 осіб) — із ювенільним ревматоїдним артритом. ХМАРП-терапію отримали 63,6% пацієнтів (1186 осіб) від загальної частки осіб, що її потребували. Розподіл препаратів, які застосовували для даної групи пацієнтів, такий: метотрексат отримували 89,2% (1058 осіб) хворих; лефлунамід — 3,5% (41 особа); мофетилу мікофенолат — 1% (12 осіб); сульфасалазин — 1,9% (22 особи); гідроксихлорохін — 1,9% (23 особи) та препарати біологічної терапії (без деносумабу) — 2,5% (30 осіб). Із показаних випадків лікування біологічними ХМАРП в області забезпечено лише на 20%, що зумовлено в більшості випадків вартістю терапії. Водночас всі дорослі пацієнти з ювенільним ревматоїдним артритом отримують її в повному обсязі в рамках реалізації загальнодержавної програми.

Щодо розподілу отримання ХМАРП-терапії за нозологіями їх частка відповідно становила: системний червоний вовчак — 97%, ревматоїдний артрит — 71,5% та лише 23,6% на анкілозний спондилоартрит та псоріатичну артропатію. Серед пацієнтів із ревматоїдним артритом, яким був показаний метотрексат, його отримували 71,5%. Решта 28,5% хворих не одержували його через низьку прихильність до лікування, зловживання алкоголем та побічні ефекти, викликані застосуванням препарату в минулому. Мофетилу мікофенолат отримували 75% хворих, яким він показаний. Тоді як 25% хворих не були ним забезпечені через власну низьку купівельну спроможність. Що стосується гідроксихлорохіну, його отримували в мінімальних лікувальних дозах всі пацієнти, що потребували його.

За даними власних спостережень, в області моніторинг лікування найкраще проводиться серед пацієнтів, що отримували біологічні ХМАРП. Зокрема, у лікувальному закладі ведеться обов'язковий електронний реєстр пацієнтів, де фіксуються результати лабораторних та інструментальних даних в динаміці, а також дозування і частота введення препаратів.

Висновки. Лікування ХМАРП потребує проведення ретельного моніторингу хворих, що передбачає контроль активності (за індексами активності), своєчасну корекцію дози препарату, часу його заміни (за потреби) чи призначення комбінації двох, а то й трьох базисних протиревматичних протизапальних препаратів. Моніторинг хворобомодифікуючої терапії у ревматологічних хворих є одним із пріоритетних напрямків діяльності лікарів та дієвих засобів, що дозволяє забезпечити принцип «лікування до досягнення цілі».

12. МАНІФЕСТАЦІЯ АНСА-АСОЦІЙОВАНИХ СИСТЕМНИХ ВАСКУЛІТІВ З ОГЛЯДУ НА АКТИВАЦІЮ КОМПЛЕМЕНТА ТА IL-16

Г.П. Кузьміна

Дніпровський державний медичний університет, ФПО

Останнім часом відмічаються суттєві зміни мети терапії системних васкулітів (СВ), асоційованих з антинейтро-

фільними цитоплазматичними антитілами (ANCA), у відповідності з сучасною концепцією лікування «до досягнення мети» (Treat to target). Нині вони включають не тільки збереження життя пацієнтів, але й підтримку стабільної ремісії ANCA-асоційованих СВ, зниження ризику небажаних ефектів лікування, контроль супутніх захворювань в досягненні поставленої мети.

Мета: встановлення варіантів маніфестацій ANCA-асоційованих СВ з огляду на потенційно нові молекули-мішеней та визначення пріоритетів.

Матеріали і методи дослідження. З метою ретроспективної оцінки позаниркових маніфестацій проаналізовано матеріали спостережень 32 пацієнтів (пошук в реєстрі з терміном 20 років). При аналізі результатів встановлені наступні варіанти маніфестацій з ураженням: легень — 35%, ЦНС — 28%, ЛОР-органів — 15%, шкіри — 10%, серця — 12%, частина з яких мала поєднання варіантів з ураженням нирок. Особливо розглянуто та проаналізовано результати спостереження з маніфестним ураженням нирок вибраних з реєстру за останні 5 років (23 пацієнта).

Результати. Аналіз отриманих результатів у разі маніфестації ANCA-асоційованого СВ у пацієнтів з ураженням нирок показав прояви, які варіювали від першого прояву гострого пошкодження нирок (ГПН) до тривало прогресуючого тубулярного ПН. Низька розрахункова швидкість клубочкової фільтрації (рШКФ) в дебюті, MPO-ANCA, мікроскопічний поліангіт (MPA) та нирково-обмежене захворювання пов'язані з більш високим ризиком термінальної стадії недостатності нирок (ESRD); а більш висока рШКФ, PR3-ANCA та гранулематоз з поліангітом (GPA) мають кращий прогноз. Гіршому прогнозу відповідає коморбідність. Біопсія нирок може показати відсоток глобально склеротичних клубочків або клітинних півмісяців, але в основному нормальних клубочків. Дослідження рівня циркулюючого комплементу при такому варіанті показали кореляцію з активністю процесу та тяжкістю (з термінальним комплексом нападу C5b-9). Вже відома роль PR3 в біоактивному контролі інтерлейкіну (IL)-16 при GPA. IL-16 супресує антиген-індуковану проліферацію CD4+ Т-клітин. Функціональний зв'язок між IL-16 і нейтрофілами, що несуть аутоантиген PR3, зумовлюють хронічне запалення і аутоімунітет при GPA. Надмірна експресія PR3 з підвищеною загибеллю клітин підвищує рівень IL-16, спричиняє хронізацію гранулематозного запалення та аутоімунітету при GPA. PR3 і IL-16 тісно взаємодіють між собою. Останній асоціюється з маркерами запалення, ознаками пошкодження тканин і аутореактивності. Встановлено кореляцію IL-16 з BVAS ($r=0,33$) і CRP ($r=0,41$), а також з креатиніном ($r=0,60$), рШКФ ($r=0,6$), VDI ($r=0,39$), PR3-ANCA ($r=0,58$). Впровадження ANCA та В-клітинного моніторингу може бути використано для прийняття терапевтичних рішень щодо запобігання рецидивам, особливо у позитивних пацієнтів. Нові варіанти лікування індукції ремісії при маніфестації ANCA-асоційованого СВ спрямовані на шлях комплементу 5a (C5a). Дослідження ADVOCATE 3-ї фази оцінювало авакопан проти преднізону, доданий до іншої імуносупресивної терапії, у пацієнтів з нещодавно діагностованим або рецидивуючим GPA і MPA.

Висновки. Результати топ-лінійки маніфестацій при ANCA-асоційованих СВ показали вагомий внесок активації комплементу та IL-16. Саме впливи, спрямовані на C5a, знайдуть місце в сучасній стратегії лікування ANCA-асоційованих СВ.

13. РОЛЬ АНЕМІЧНОГО СТАНУ У РОЗВИТКУ ТА ПЕРЕБІГУ ПОДАГРИ

Г.П. Кузьміна, О.М. Лазаренко

Дніпровський державний медичний університет, ФПО

Анемія є доведеним фактором ризику серцево-судинних захворювань, проте незначна кількість досліджень вивчала роль анемії у підвищенні ризику подагри. Крім того, незрозуміло, чи пов'язана анемія з розвитком подагри, незалежно від супутніх захворювань. Гіперурикемія та/або відкладення кристалів є недостатнім для виникнення гострих подагричних нападів, а наявність інших факторів є необхідною умовою для запуску запалення. Залізо може бути одним із факторів. Наявність заліза у тофусах та синовіальній мембрані є доведеним фактом. Кристали урату утворюють катіони заліза в окисно-відновно-активній формі при фізіологічному pH і відбувається дозозалежна стимуляція оксидативного стресу з активацією гранулоцитів та комплементу, подальшим синтезом і вивільненням запальних лімфокинів. У сукупності ці результати підтверджують гіпотезу про те, що залізо може бути фундаментальним фактором, який викликає подагричний артрит.

Мета: визначення ролі анемічного стану у розвитку та перебігу подагри.

Матеріали і методи дослідження. Для досягнення поставленої мети та завдань дослідження обстежено 100 хворих віком 31–65 років (середній вік (56,0 (47,0; 62,0)), серед них 104 чоловіки (85,2%) та 18 жінок (14,8%). Пацієнти були розподілені на групи з анемією (28) та без такої. Для встановлення вмісту заліза запасів визначали рівні феритину. Проаналізовано вплив рівня останнього на клінічний перебіг подагри, лабораторно-інструментальні показники пацієнтів. Критеріями виключення були серцева, ниркова або печінкова недостатність, ішемічна хвороба серця, хронічна інфекція, рак будь-якого виду та захворювання внаслідок порушення імунітету, такі як, наприклад, системний червоний вовчак, неспецифічний виразковий коліт та ревматоїдний артрит.

Результати. Нами розглядалася асоціація анемії та подагри. Подагра частіше розвивалася у пацієнтів з анемією порівняно з тими, хто не мав анемії (9-річна захворюваність: 4,4% проти 2,4%, $p<0,001$). В учасників з анемією в 2 рази частіше розвивається подагра, ніж в учасників без анемії (HR=2,01, 95% ДІ: 1,47, 2,78). Анемія була пов'язана з 1,5-кратним (95% ДІ: 1,25, 2,42) підвищенням небезпеки інциденту подагри після коригування клінічних факторів ризику подагри та перебігу анемії і подагри. Навіть після корекції рівня уратів у сироватці крові анемія асоціювалася з випадком подагри (HR=1,83, 95% ДІ 1,30, 2,57). Рівень уратів у сироватці крові позитивно корелює з рівнем заліза. Також не виявлено модифікації асоціації анемії та подагри за функцією нирок ($p=0,29$). Важливо, що навіть після корекції супутніх захворювань анемія залишалася незалежним провісником інциденту подагри. На відміну від традиційних факторів ризику, анемія була пов'язана з подагрою, навіть після корекції рівня сечової кислоти крові. Анемія за рахунок оксидативного стресу підвищує серцево-судинну смертність при певних захворюваннях, таких як хронічна хвороба нирок, хронічна серцева недостатність, цукровий діабет та мієлодиспластичний синдром.

Висновки. Аналіз результатів дослідження показав, що анемічний стан є незалежним провісником інциденту подагри. У пацієнтів з анемією розвивається запалення, а кристали уратів викликають запалення під час нападу подагри. Наведені дані підтверджують роль анемічного стану в патогенезі подагри. Надлишок заліза запасів усувається введенням комплексону (дефероксамін).

14. УМОВИ ДЛЯ РОЗВИТКУ РИЗИКУ НЕБАЖАНИХ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ПОДІЙ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПОДАГРОЮ

Г.П. Кузьміна, О.М. Лазаренко

Дніпровський державний медичний університет, ФПО

Мета: окреслити умови для розвитку підвищеного ризику несприятливих серцево-судинних подій з огляду на структурно-функціональний стан серця та артеріальну гіпертензію (АГ), поєднаних з подагрою.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 100 пацієнтів з АГ в поєднанні з подагрою та без неї. Середній вік хворих становив 55,42 (10,92) року. Тривалість захворювання на АГ становила в середньому 4,00 (2,00; 10,00) роки, на подагру — 5,50 (3,00; 8,00) року. У групу 1 включено 50 пацієнтів з АГ, групу 2 — 50 осіб з АГ та супутньою подагрою. Діагноз АГ встановлювався згідно з рекомендаціями Всеукраїнської асоціації кардіологів і клінічними рекомендаціями Європейської асоціації гіпертензії (2018 р.). Діагноз подагри встановлювався згідно з критеріями Американського коледжу ревматології та Європейської протиревматичної ліги 2015 р. Усім досліджуваним проведені добове моніторування АТ (ДДМАТ) та ехокардіографія (ехоКГ). Статистичний аналіз проводився за допомогою пакета прикладних програм «Microsoft Excel 2010» та Statistica 6.1 (StatSoft Inc.).

Результати. При порівнянні хворих 1-ї та 2-ї групи достовірної різниці за частотою гіпертрофії лівого шлуночка (ЛШ) не виявлено ($p < 0,05$), як і за більшістю структурно-функціональних показників, але у випадку поєднаної патології зміни більш виражені. Під час аналізу щодо типу геометрії ЛШ виявлено, що в 2-й групі переважає концентрична гіпертрофія ЛШ, що свідчить про збільшення навантаження на міокард ЛШ та підвищений ризик розвитку несприятливих серцево-судинних подій. Серед хворих 1-ї групи діастолічна дисфункція ЛШ (ДД ЛШ) виявлена у 65% обстежених, а 2-ї групи — у 90% пацієнтів. У хворих 2-ї групи зареєстровано більш високі показники середнього систолічного, діастолічного, пульсового АТ, максимального і мінімального АТ, індексу часу гіпертензії, варіабельності АТ, хоча порівняно з аналогічними параметрами у пацієнтів 1-ї групи не виявлено достовірної різниці. У 65% хворих 2-ї групи виявлено добовий профіль з недостатнім ступенем зниження АТ в нічні години (Non-dipper), у 28% — стійке підвищення АТ в нічні години (Night-peaker), нормальний ступінь зниження АТ відмічали у 7% хворих (Dipper). Таким чином, серед хворих на АГ у поєднанні з подагрою достовірно частіше реєструвався профіль Non-dipper порівняно з особами з АГ ($p < 0,05$).

Висновки. У пацієнтів з АГ в поєднанні з подагрою реєструється часте та виражене порушення ДД ЛШ, а також достовірно збільшені об'єми та розміри камер лівих відділів серця порівняно з хворими без подагри. У пацієнтів з поєднаною патологією порушення циркадного ритму АТ проявляється в більшості випадків недостатньою мірою зниження АТ в нічні години, що, в свою чергу, виступає додатковим фактором ризику серцево-судинних ускладнень.

15. САРКОПЕНІЯ У МОЛОДИХ ДОРΟΣЛИХ З ЮВЕНІЛЬНИМ ІДІОПАТИЧНИМ АРТРИТОМ

М.С. Кулик, М.Б. Джус

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Актуальність. Саркопенія характеризується поступово втратою м'язової маси, сили та функції. Наявність саркопенії у клінічній практиці поєднується з високим рівнем негативних наслідків, таких як рання втрата праце-

здатності, зниження якості життя та підвищення смертності, що зазвичай відмічається у пацієнтів літнього віку. Проте останнім часом все частіше саркопенія розглядається поза віковими обмеженнями, в тому числі і в педіатричній практиці. Так, існують лише декілька поодиноких досліджень з вивчення тілобудови у молодих пацієнтів з ювенільним ідіопатичним артритом (ЮІА).

Мета: оцінити м'язову та жирову масу у молодих дорослих пацієнтів з ЮІА.

Матеріали і методи дослідження. Дослідження включало 26 дорослих молодих пацієнтів віком 18–44 років з ЮІА з тривалістю захворювання більше 3 років. Діагноз ЮІА встановлений згідно з критеріями ILAR, враховуючи попередню медичну документацію, в тому числі виписки з історії хвороби в дитячому віці. Усі учасники підписали інформовану згоду перед дослідженням. Діагноз «саркопенія» встановлений відповідно до критеріїв Європейської робочої групи з питань саркопенії у літніх людей (EWGSOP), 2019. Дослідження м'язової та жирової маси визначали за допомогою подвійної рентгенівської абсорбціометрії. Усі пацієнти були розділені на дві групи за наявністю (група I) або відсутністю втрати м'язової маси (група II). Зниження м'язової маси визначали за розрахунком індексу скелетних м'язів (SMI — сума м'язової маси верхніх і нижніх кінцівок/зріст²); «відрізними точками» вважалися SMI < 7 кг/м² для чоловіків, < 6 кг/м² для жінок. У пацієнтів зі зменшенням м'язової маси діагностували саркопенію (група I).

Результати. У дослідженні брали участь 26 дорослих пацієнтів з ЮІА віком 18–44 роки, з них 10 пацієнтів чоловічої статі та 16 пацієнтів жіночої статі. Середній вік пацієнтів становив 22,3±8,15 року; середній вік початку захворювання — 9,04±4,9 року. Відповідно до класифікації ILAR пацієнти мали наступні варіанти ЮІА: 3 пацієнти з РФ-негативним поліартикулярним варіантом, 8 пацієнтів із персистуючим олігоартритом, 4 пацієнти з поширеним олігоартритом, 6 пацієнтів з РФ-позитивним варіантом поліартриту та 5 пацієнтів із системним ЮІА. До I групи увійшли 16 пацієнтів зі зниженою м'язовою масою (SMI — 5,22±0,72 кг/м²), а до II групи — 10 пацієнтів без зниженої м'язової маси (SMI — 8,05±0,94 кг/м²). У результаті дослідження встановлено наступне: зріст і маса тіла пацієнтів у I групі були нижчими, ніж у II групі (зріст 1,6±0,07 vs 1,7±0,09 м; $p=0,01$; маса тіла 55,06±8,3 vs 70,0±10,8 кг; $p=0,0007$ відповідно). Пацієнти обох груп не відрізнялися між собою за віком (25,3±10,1 та 21,3±5,9 року відповідно) та тривалістю захворювання — 17,1±9,5 та 10,3±6,1 для I та II групи відповідно. Вік початку ЮІА в обох групах також не відрізнявся (7,8±4,5 та 11,5±4,1 для I та II групи відповідно). Пацієнти I групи мали статистично значущу знижену м'язову масу верхніх кінцівок (знежирена маса верхніх кінцівок 3380±0,85 vs 7016±1,54 кг, $p=0,0001$); загальна маса верхніх кінцівок — 5311±1,28 vs 8,29±1,99 кг, $p=0,001$; знежирена маса нижніх кінцівок — 11264±2,27 vs 17625±2,54 кг, $p=0,0001$; загальна маса нижніх кінцівок — 17959±5,72 vs 24547±3,24 кг, $p=0,04$; знежирена маса тулуба — 17173,97±2367 vs 23407,02±2804 г, $p=0,0001$; загальна знежирена маса — 35688,31±5575 vs 51880,17±6852 г, $p=0,0001$; жирова маса верхніх кінцівок (%) — 30,7±12,3 vs 16,2±11,1%, $p=0,007$; жирова маса нижніх кінцівок (%) — 34,3±13,9 vs 20,8±11%, $p=0,02$; загальна жирова маса (%) — 31,2±12,1 vs 20,46±10,7%, $p=0,03$.

Висновки. Це невелике моноцентричне дослідження показує, що попри молодий вік у частини пацієнтів з ЮІА розвивається саркопенія. Перевагою нашої роботи є те, що це перше в світі дослідження з вивчення м'язової маси у молодих дорослих з ЮІА. Подальше вивчення факторів ризику розвитку саркопенії, діагностики, лікування та профілактики у молодих дорослих з ЮІА є необхідними.

16. МОЖЛИВОСТІ ПРОГНОЗУВАННЯ ВІДПОВІДІ НА ІНІЦІАЛЬНЕ ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ НА СПОНДИЛОАРТРИТ

К.В. Мазанко, Д.Л. Федьков, В.С. Жукова

Національний медичний університет імені
О.О. Богомольця, Київ

Мета: оцінити залежність ефективності лікування спондилоартриту (СпА) від клінічних, лабораторно-інструментальних показників та рівня імунобіохімічних маркерів, визначити прогностичну цінність цих показників.

Методи дослідження. У 44 хворих зі СпА (відповідно до критеріїв ASAS 2011 р.), які пройшли скринінг та повторний візит (через 361,4±12,0 дня) визначали ШОЕ, сироваткові рівні СРБ, WNT3, Dkk-1, склеростину, TGF-β та величини індексів BASDAI, BASFI, ASDAS-СРБ, ASDAS-ШОЕ, а також рахунки магнітно-резонансної томографії (МРТ) (SPARCC та Датський рахунок). Терапія: синтетичні хворобомодифікуючі антиревматичні препарати (сХМАРП), імунобіологічна терапія (ІБТ), комбінація ІБТ+сХМАРП, глюкокортикоїди, нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП). Ефективність лікування оцінювали за динамікою індексу ASDAS-СРБ: зменшення на ≥1,1 вважали клінічно значущим покращенням.

Статистичний аналіз: критерій Манна — Уїтні, χ², точний метод Фішера, множинний регресійний аналіз. Достовірним вважався результат при p<0,05. Для оцінки прогностичної цінності використовували метод логістичної регресії (ROC-крива).

Результати. За критерієм відповіді за ASDAS-СРБ хворих розподілили на дві групи: «відповідачі» — 20 осіб, та «невідповідачі» — 24 особи. На скринінгу лише індекс ASDAS-СРБ був вірогідно вищим (на 25,7%) у групі «відповідачів» порівняно з «невідповідачами». Після лікування у групі «відповідачів» визначили вірогідне зниження ШОЕ — у 3,7, СРБ — в 7,4, BASDAI — в 2,6, ASDAS-ШОЕ — в 2,3, BASFI — в 1,7, SPARCC — в 6,7, Датський рахунок — в 2,1 раза відповідно. Серед «невідповідачів» виявлено вірогідне зниження SPARCC (у 2,8 раза). Серед імунобіохімічних маркерів відмічено достовірне підвищення рівня Dkk-1 в 1,8 раза у групі «відповідачів», тоді як у «невідповідачів», крім підвищення Dkk-1 в 2,1 раза виявлено також підвищення склеростину в 1,5 раза. При визначенні предикторів відповіді на лікування лише величина ASDAS-СРБ до початку лікування (>1,45) асоціювалася з клінічно значущою відповіддю на лікування.

Таблиця

Динаміка клініко-лабораторних, інструментальних показників та рівнів імунобіохімічних маркерів у групах «відповідачів» та «невідповідачів» за критерієм ASDAS-СРБ

Показники	«Відповідачі»		«Невідповідачі»	
	Скринінг	Повторний візит	Скринінг	Повторний візит
ШОЕ	29,5±22,5	8,07±6,54* [§]	22,9±18,2	21,9±22,3
СРБ	33,1±33,3	4,47±9,48*	20,1±43,5	12,1±15,9
BASDAI	49,5±17,6	18,9±15,0* [§]	39,2±19,0	44,9±22,3
BASFI	31,4±19,1	18,4±19,0*	26,0±17,9	34,6±34,2
ASDAS-СРБ	3,57±0,94	1,25±0,80* [§]	2,84±1,12 [§]	2,45±1,10
ASDAS-ШОЕ	3,22±0,86	1,38±0,60* [§]	2,79±0,88	2,51±1,03
SPARCC	24,7±14,0	3,71±1,98*	24,1±10,2	8,50±5,88*
Датський рахунок	23,3±11,7	11,1±5,87	23,2±8,54	16,6±9,58
TGF-β1	246,3±195,1	256,2±170,3	289,2±186,1	293,8±171,2
WNT3	5,08±2,84	5,07±2,86	5,86±3,33	5,86±3,48
Склеростин	22,4±16,4	25,8±9,46	22,4±13,6	33,8±16,8*
Dkk-1	46,7±34,1	84,8±44,1*	37,5±31,2	77,4±34,6*

Примітки: *вірогідність відмінностей вихідних значень між групами «відповідачів» і «невідповідачів»; [§]вірогідність змін порівняно з вихідними значеннями; [§]вірогідність змін порівняно з групою «невідповідачів»; всі p<0,05.

Висновки. 1. Відповідь на лікування у хворих зі СпА за ASDAS-СРБ супроводжується вірогідним зниженням ШОЕ, СРБ, BASDAI, BASFI, ASDAS-ШОЕ, SPARCC і підвищенням рівня Dkk-1, а у «невідповідачів» — лише підвищенням рівнів склеростину та Dkk-1 та зниженням SPARCC.

2. Підвищення рівнів склеростину у «невідповідачів» може свідчити про вищу активність остеокитів у цій групі хворих порівняно з «відповідачами».

3. Значення ASDAS-СРБ >1,45 на початку лікування з високими чутливістю (80%) та специфічністю (83,3%) прогнозує клінічно значущу відповідь на лікування.

17. ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ АУТОІМУННИХ РЕВМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

М.А. Мазела

Львівський державний університет фізичної культури імені Івана Боберського, м. Львів

Мета: дослідити та синтезувати доказові дані літератури стосовно ефективності фізичної терапії (ФТ) при ревматоїдному артриті (РА), системному червоному вовчаку (СЧВ), системній склеродермії (ССД), визначити прогалини в літературі, клінічні та наукові перспективи в цій галузі.

Методи дослідження. Проведений цілеспрямований пошук у трьох базах даних (PubMed, PEDRO та Web of Science). Ключовими словами пошуку були: фізична активність (ФА), терапевтичні вправи (ТВ, впорядкована фізична активність), РА, СЧВ, ССД. Методологічну якість включених досліджень оцінювали за PRISMA. 20 досліджень відповідали критеріям включення і були проаналізовані.

Результати. Хронічне запалення є загальною рисою для РА, СЧВ, ССД, тому блокування або зменшення вираженості запалення є однією з основних стратегій фармакотерапії цих захворювань. Передбачається, що фізичні вправи можуть пом'якшити залежні від запалення системні прояви, оскільки у ході досліджень на тваринах та людях встановлено, що фізичні вправи можуть чинити протизапальну дію. На першому етапі вивчили ступінь інформованості ревматологів та пацієнтів про ефективність ФТ при РА, СЧВ та ССД. Шляхом опитування оцінили знання та готовність ревматологів призначати фізичні навантаження. Встановлено, що 68% ревматологів визнають ФА частиною лікування таких пацієнтів, а 45% ревматологів пройшли навчання для призначення фізичних навантажень. Однак 48% не ознайомлені з рекомендаціями щодо мінімальної ФА для підтримки здоров'я, а також не знають, в яких випадках рекомендувати енергійну активність, а в яких — помірну. Подальший аналіз доказових даних засвідчив, що існує достатня кількість вагомих доказів на користь ФТ при РА, СЧВ та ССД, однак призначення ФТ потребує розуміння патогенезу цих захворювань, стадії хвороби, ступеня активності, вибору типу терапевтичних вправ, їх інтенсивності та тривалості. Визначили 3 категорії питань, які є спільними для всіх названих захворювань: необхідність для життя та здоров'я; наявність перешкод, пов'язаних із захворюваннями, та інші бар'єри; догляд за собою, впевненість у власних фізичних навантаженнях, освіта та підтримка з боку охорони здоров'я тощо.

Фізична активність при РА вважається наріжним каменем у лікуванні, одночасно розглядається дослідниками як спосіб поведінки протягом усього життя. Докази, накопичені за останні два десятиріччя, переконливо демонструють, що залучення до програм лі-

кування РА дозованих аеробних фізичних вправ знижує ризик розвитку серцево-судинних захворювань, сприяє розвитку витривалості та м'язової сили, нормалізації рівноваги.

Науково-доказовими при СВЧ є ефективність комплексу аеробних вправ, спрямованих на покращення кардіо-респіраторної здатності. Це підтверджують деякі контрольовані рандомізовані дослідження. Водночас деталізації та доказів потребують окремі варіанти клінічного перебігу СЧВ, тривалість спостереження, дозування фізичного навантаження. Окремою проблемою є оцінка ефективності терапевтичних вправ.

Результати дослідження у великій когорті хворих на ССД (4252) свідчать, що найчастіше використовували лімфодренаж, різні типи терапевтичних вправ та теплову терапію. Більшість пацієнтів одночасно отримували 1 або 2 різні форми ФТ. Призначення ФТ пов'язано зі ступенем фіброзу шкіри, ураженням опорно-рухового апарату та ураженням легень.

Висновки. Дані літератури підтверджують потенційний сприятливий вплив ФТ на запалення, проте докази конкретно щодо окремих аутоімунних ревматичних захворювань обмежені та непереконливі. Потрібні більш цілеспрямовані дослідження, щоб з'ясувати зв'язок між дозуванням фізичних вправ та запаленням. Ревматологи з великим бажанням сприяють фізичній активності, але виявлені серйозні прогалини у їхніх знаннях про фізичну терапію. Включення питань фізичної терапії до навчальних програм ревматолога є основним для покращення просування фізичної терапії в ревматологічну практику. Водночас необхідно запроваджувати школи пацієнтів із ревматичними захворюваннями.

18. МОЖЛИВІСТЬ ВІДМОВИ ВІД ПРИЙОМУ ГЛЮКОКОРТИКОЇДІВ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ТРАДИЦІЙНИХ СИНТЕТИЧНИХ БАЗИСНИХ ПРЕПАРАТІВ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Г.М. Микитенко

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Мета: дослідити можливість відміни глюкокортикоїдів (ГК) чи зниження їх дози до цільової (<7,5 мг/добу в перерахунку за преднізолоном) при застосуванні традиційних синтетичних базисних препаратів (БП) у хворих на ревматоїдний артрит (РА); вивчити незалежні прогностичні фактори, що впливають на продовження прийому ГК.

Матеріали і методи дослідження. У дослідження включено 366 пацієнтів з РА, середній вік яких становив 50,4±0,62 року, тривалість хвороби — 51,5±3,31 міс. Переважали особи жіночої статі (84,8%). Ранній РА (≤2 років) виявлено у 47,3% хворих. 228 (62,3%) осіб були серопозитивними за ревматоїдним фактором (РФ), 233 (64,6%) — за антитілами до циклічного цитрулінованого пептиду (АЦЦП). У всіх хворих визначали показники суглобового статусу, інтегральні показники активності хвороби DAS та DAS28, рівень РФ методом латекс-аглютинації, титр АЦЦП методом ELISA. Базисна терапія (БТ) полягала у призначенні таких препаратів: метотрексат (13,8±0,37 мг/тиж), лефлуномід (19,2±0,28 мг/добу), сульфасалазин (2 г/добу) або гідроксихлорохін як монотерапію чи в комбінації. Тривалість спостереження становила 3 роки. Планові обстеження проводи-

лися кожні 6 міс, аналізували активність РА та можливість відміни ГК чи зниження їх дози до цільової. Статистичну обробку даних виконано з використанням SPSS 22.0. Достовірність розбіжностей середніх величин оцінювали з використанням непараметричного критерію Манна — Уїтні для кількісних ознак та критерію χ^2 , у тому числі з поправкою Йейтса для частотних показників. Для виявлення прогностичних маркерів, що впливають на можливість відміни ГК, використовувалася метод логістичного регресійного аналізу з розрахунком співвідношення ризиків (СР) та 95% довірчого інтервалу (ДІ). З метою виявлення вирішального фактора, який впливає на можливість досягнення цільової дози ГК, виконано покроковий логістичний регресійний аналіз багатофакторних моделей. Різницю вважали вірогідною при $p < 0,05$.

Результати. Серед 366 обстежених та включених в дослідження пацієнтів 270 осіб потребували призначення ГК на етапі ініціації БТ. Протягом 3-річного спостереження у 89 пацієнтів (33%) вдалося відміни ГК в період 3–30 міс (переважно в I півріччя), проте 67% осіб (181 хворий) змушені продовжити прийом ГК у зв'язку з активністю РА. Серед цих пацієнтів цільової дози ГК вдалося досягти лише у 59 осіб (32,6%). Більшість хворих (122 особи, 68,4%) продовжили прийом ГК у дозі понад 7,5 мг/добу на фоні застосування БТ.

При аналізі вихідних демографічних, клініко-лабораторних та рентгенографічних даних встановлено, що серед хворих, що продовжили прийом ГК, порівняно з групою хворих, що їх відмінили, було вірогідно більше осіб жіночої статі (89,5 порівняно з 80,8%, $p < 0,05$), з АЦЦП-позитивним статусом (88,4 порівняно з 55,0%, $p < 0,01$), вищою активністю хвороби за шкалою DAS (5,29±0,1 порівняно з 4,84±0,15, $p < 0,05$) та вираженішими структурними змінами за шкалою Шарпа — ван дер Хейде (SHS) (43,4±2,42 порівняно з 32,4±2,71, $p < 0,05$).

Згідно з даними логістичного регресійного аналізу факторами, які асоціювалися з вірогідним ризиком продовження лікування ГК, виявилися жіноча стать ($p < 0,02$, СР 2,39 (1,09–4,97)), похилий вік пацієнтів ($p < 0,03$, СР 1,02 (1,001–1,04)), АЦЦП-позитивність ($p < 0,02$, СР 3,73 (1,26–11,0)), активність хвороби за DAS ($p < 0,04$, СР 1,19 (1,0–1,43)) та структурні суглобові зміни ($p < 0,001$, СР 1,01 (1,005–1,02)).

За результатами аналізу багатофакторних логістичних регресійних моделей прогностичної значущості вихідних показників хворих на РА виявлено, що лише ініціююча доза ГК $\geq 7,5$ мг/добу асоціювалася з неможливістю досягти цільової дози ГК протягом усього періоду спостереження ($p < 0,001$, СР 6,32 (2,0–19,5)).

Висновки. При застосуванні традиційних синтетичних БП лише у третини хворих на РА можна відміни ГК, переважно в перші 6 міс лікування. Серед пацієнтів, що змушені продовжити прийом ГК, цільової дози (<7,5 мг/добу) досягають 32,6% осіб.

Неможливість відмови від прийому ГК на фоні БТ асоціюється з такими незалежними предикторами, як жіноча стать, похилий вік пацієнтів, АЦЦП-позитивність, вища активність РА за DAS та більш виражена суглобова деструкція за шкалою SHS на вихідному етапі. Негативним прогностичним фактором досягнення цільової дози ГК є їх ініціююча доза $\geq 7,5$ мг/добу.

Незважаючи на використання синтетичних БП, отримані дані свідчать, що більшість хворим не вдається досягти мети лікування РА без застосування ГК.

19. ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ РІВНЯМИ АНТИНЕЙТРОФІЛЬНИХ ЦИТОПЛАЗМАТИЧНИХ АНТИТІЛ ТА АКТИВНІСТЮ СИСТЕМНИХ ВАСКУЛІТІВ

Л.Б. Петелицька, А.І. Завацька

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Мета. Антинейтрофільні цитоплазматичні антитіла (АНЦА) відіграють основну роль в патогенезі гранулематозу з поліангіїтом (ГПА) та мікроскопічного поліангіїту (МПА), рідше — еозинофільного гранулематозу з поліангіїтом (ЕГПА). Клінічні прояви АНЦА-асоційованих васкулітів залежать від позитивності/негативності за антитілами до мієлопероксидази чи протеїнази-3. Попри доведену діагностичну значимість, прогностична роль АНЦА, зокрема для оцінки активності захворювання, залишається дискусійною. Неспецифічні маркери запалення, такі як С-реактивний білок (СРБ) та швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ), обмежено використовуються для оцінки активності захворювання через їх недостатню специфічність. Тому метою дослідження було проаналізувати взаємозв'язок між АНЦА та клініко-лабораторними показниками активності захворювання.

Методи дослідження. У дослідження включено 38 хворих на АНЦА-васкуліти (ГПА — 25 хворих, МПА — 6 хворих та ЕГПА — 7 хворих) позитивних за антитілами до протеїнази-3 або/та мієлопероксидази, серед них 20 жінок (52,6%) та 18 чоловіків (47,4%). Вік хворих становив у середньому 49 (27–62) років, тривалість захворювання — 26 (6–120) міс. Для оцінки активності захворювання обчислювали Бірмінгемський індекс активності васкулітів (BVAS), версія 3 за допомогою онлайн-калькулятора. Усім хворим проводили визначення рівня ШОЕ за методом Вестергрена (системи для вимірювання ШОЕ, MICROVETTE СВ 200 МКЛ, виробник SARSTEDT, Німеччина), рівня СРБ, мг/л — латекс-тест (тест системи ТОВ НВЛ «Гранум», Україна), рівня антитіл до протеїнази-3 та мієлопероксидази методом імуноферментного аналізу (ELISA, аналізатор iMark Mikroplate Reader, виробник BIO RAD, США). На момент включення в дослідження більше половини хворих приймали глюкокортикоїди і чверть хворих — цитостатики. При проведенні аналізу даних використано ліцензований статистичний пакет SPSS v.15.0. Для дослідження взаємозв'язку між рівнями АНЦА та рівнями ШОЕ, СРБ, а також індексом активності BVAS застосовано кореляційний аналіз Спірмена. Для оцінки діагностичної цінності АНЦА у визначенні активності системного васкуліту застосовували ROC-аналіз з оцінкою площі під ROC-кривою (AUC).

Результати. Позитивність за антитілами до мієлопероксидази виявлена у 23,7% хворих, а за антитілами до протеїнази-3 — у 76,3% хворих. Індекс активності BVAS становив у середньому 16 (IQR-13) балів. Рівень СРБ становив у середньому 47,9 (IQR-90,0) мг/л, а рівень ШОЕ — 30,1 (IQR-33,5) мм/год. Виявлено позитивний кореляційний зв'язок між рівнем АНЦА та індексом BVAS ($r=0,43$; 95% ДІ 0,11–0,66; $p<0,01$), а також рівнем ШОЕ ($r=0,37$; 95% ДІ 0,05–0,63; $p<0,05$). Взаємозв'язку між рівнем СРБ та рівнем АНЦА не виявлено ($r=0,22$; 95% ДІ –0,15–0,54; $p>0,05$), проте відмічено позитивний кореляційний зв'язок між рівнем СРБ та індексом активності BVAS ($r=0,41$; 95% ДІ 0,05–0,67; $p<0,05$). При застосуванні ROC-аналізу для визначення значення АНЦА у діагностиці активності системного васкуліту виявлено,

що AUC становить $0,93\pm 0,04$ (95% ДІ 0,84–1,01; $p<0,01$), що свідчить про відмінну здатність АНЦА діагностувати хворих з активним захворюванням (чутливість — 87,9%, специфічність — 80,0%).

Висновки. Рівень АНЦА у хворих на АНЦА-асоційовані васкуліти корелює з індексом активності васкулітів BVAS, а також з рівнем ШОЕ. Визначення рівнів АНЦА може бути використано не тільки для діагностики АНЦА-асоційованого васкуліту, але й для оцінки активності захворювання.

20. АСЕПТИЧНИЙ НЕКРОЗ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СЧВ: ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ ТА ВЛАСНІ ДАНІ

Г.О. Проценко, В.В. Дубас

ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України, Київ

Мета: виконати огляд літератури та висвітлити сучасні аспекти діагностики та лікування асептичного некрозу головки стегнової кістки (АНГСК) у пацієнтів із системним червоним вовчаком (СЧВ), представити власний досвід ведення таких пацієнтів.

Методи дослідження. Здійснено науковий пошук серед друкованих та електронних видань, наукових пошукових баз. Застосовано методи порівняння, аналізу й узагальнення даних. Зроблено ретроспективний аналіз медичної документації та анкетування пацієнтів із СЧВ, що проходили лікування в ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України в період з 2011 по 2020 р.

Результати. АНГСК виявлено в 11 із 149 пацієнтів з СЧВ (7,4%), що відповідає літературним даним (4–13%). У всіх пацієнтів діагноз підтверджено за допомогою магнітно-резонансної томографії. В якості консервативного лікування використовувалися бісфосфонати, вазодилататори, статини, антиагреганти, антикоагулянти. 5 пацієнтам виконано протезування одного чи двох кульшових суглобів, ще 2 пацієнтам воно рекомендовано, але поки не виконано. У 2 на фоні консервативного лікування настало значне покращення стану (симптоми практично відсутні), у 1 — стабілізація процесу, з 1 пацієнтом втрачено контакт.

Для визначення можливих предикторів розвитку АНГСК порівняно ключові клінічні показники пацієнтів з АНГСК з контрольною групою хворих на СЧВ без даного ускладнення, зіставною за віком початку та тяжкістю захворювання в дебюті. Виявлено, що у пацієнтів з АНГСК на момент встановлення діагнозу достовірно вищий рівень сечової кислоти, загального холестерину, а також сумарна доза глюкокортикоїдів. Також виявлено, що між віком дебюту СЧВ та тривалістю захворювання до виникнення АНГСК існує сильний зворотній кореляційний зв'язок (коефіцієнт кореляції Пірсона дорівнює $-0,71$). Це означає, що чим у більш ранньому віці особа захворіла на системний червоний вовчак, тим більше часу минає до виникнення АНГСК, і навпаки, у пацієнтів з більш пізнім дебютом АНГСК виникає достовірно раніше.

Висновки. 1. АНГСК є відносно частим ускладненням СЧВ, у більшості випадків призводить до незворотних дегенеративних змін та потреби у протезуванні кульшових суглобів.

2. Ефективна консервативна терапія в ряді випадків призводить до зупинки прогресування чи навіть часткового зворотного розвитку АНГСК.

3. Сумарна доза глюкокортикоїдів, рівень холестерину та сечової кислоти можуть розглядатися як потенційні предиктори розвитку АНГСК, що потребує подальшого дослідження.

4. Чим старший вік дебюту СЧВ, тим більшою повинна бути настороженість щодо АНГСК у перші роки захворювання.

21. ОСОБЛИВОСТІ РЕЖИМІВ ТЕРАПІЇ БІОСИМІЛЯРОМ ІНФЛІКСИМАБУ ПРИ ТРИВАЛОМУ ЗАСТОСУВАННІ У ХВОРИХ НА АНКІЛОЗИВНИЙ СПОНДИЛОАРТРИТ

Г.О. Проценко, М.Л. Пастернак

ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. академіка М.Д. Стражеска» НАМН України», Київ

Мета: оцінити клініко-лабораторну ефективність різних режимів терапії біосиміляром інфліксимабу (БІ) при тривалому застосуванні у хворих на АС.

Методи дослідження. Обстежено 36 пацієнтів з достовірним діагнозом АС (згідно з модифікованими Нью-Йоркськими критеріями), середній вік яких становив $35,5 \pm 10,6$ року. Усіх обстежених поділено на 2 групи: група I — з центральною формою АС; група II — з поєднаним ураженням осевого скелету й периферичних суглобів. Упродовж перших 52 тиж інфузії БІ проводилася за стандартною схемою. З 53-го по 105-й тиждень спостереження у кожній групі виділено підгрупи з урахуванням частоти введення БІ: кожні 8 тиж (підгрупа А) та кожні 10 тиж (підгрупа Б). Пацієнти в групі I отримували монотерапію БІ впродовж усього терміну спостереження (105 тиж), а в групі II — комбіноване лікування (інфузії БІ та метотрексат (МТХ). Для оцінки ефективності лікування визначали С-реактивний білок (СРБ), індекси активності — Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score з урахуванням СРБ (ASDAS-CRP), Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI), Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index (BASMI) та наявність активного запалення за даними МРТ.

Результати. Достовірне зниження активності запального процесу за індексами ASDAS-CRP та BASDAI в групі I та II відмічали на 6-й тиждень спостереження, а після 30-го тижня воно сягнуло 58,5%. Аксіальна рухливість за шкалою BASMI становила $5,5 \pm 1,2$ бала (у групі I) та $5,3 \pm 1,4$ бала (у групі II). Достовірне збільшення рухливості хребта виявлено вже на 14-й тиждень лікування, що досягло 38% на 30-й тиждень. У подальшому цей показник перебував на сталому рівні. Комбінований індекс ASDAS-CRP в обох групах становив $3 \pm 0,4$, що свідчить про високу активність захворювання. Клінічно значиме зниження індексу ASDAS-CRP ($\Delta \geq 1,1$) виявлено на 30-й тиждень після введення БІ, що відповідає діапазону низької активності захворювання. На 2-й рік лікування групи IA та IB мали однаково низьку активність захворювання за оцінкою ASDAS-CRP, BASDAI та BASMI. У пацієнтів із групи IIA відмічена стійка ремісія упродовж 105 тиж спостереження за вищевказаними шкалами. У групі IIB інтервали між введеннями БІ було подовжено до 10 тиж, що асоціювалося зі збільшенням вираженості симптомів та проявів активного АС.

Висновки. У ході дослідження встановлено, що у пацієнтів з центральною формою АС після досягнення низької активності захворювання упродовж перших 52 тиж лікування БІ подовження інтервалу між інфузіями до 10 тиж упродовж наступних 52 тиж не призводить до загострення АС. Пацієнтам із АС та ураженням периферичних суглобів навіть при досягненні низької активності захворювання упродовж перших 52 тиж комбінованого лікування БІ та МТХ не рекомендується порушувати стандартну схему інфузій упродовж 2-го року спостере-

ження. Продовження введення БІ такої когорти пацієнтів з інтервалом 8 тиж упродовж 105 тиж забезпечить значне і тривале зменшення вираженості симптомів і проявів активного АС.

22. ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ НЕСТЕРОЇДНОГО ПРОТИЗАПАЛЬНОГО ПРЕПАРАТУ (НАБУМЕТОН) У ПАЦІЄНТІВ З РЕАКТИВНИМИ АРТРИТАМИ

Г.О. Проценко, М.Л. Пастернак

ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. академіка М.Д. Стражеска» НАМН України», Київ

Мета: оцінити ефективність нестероїдного протизапального препарату набуметон у пацієнтів з реактивними артритами за даними клінічних, лабораторних та інструментальних методів дослідження.

Методи дослідження. Обстежено 30 пацієнтів з діагнозом реактивного артриту: 18 чоловіків, середній вік $38,5 \pm 4,12$ року та 12 жінок віком $50,5 \pm 4,5$ року. Усіх обстежених поділено на 4 групи залежно від збудника інфекційного процесу: група I — після перенесеної кишкової інфекції (спричиненої *Shigella flexneri* та *Salmonella enteritidis*) — 5; група II — після перенесеної урогенітальної інфекції (спричиненої *Chlamydia trachomatis* та *Ureaplasma urealyticum*) — 7; група III — після перенесеної ГПВІ — 5; група IV — після перенесеного COVID-19 — 13 пацієнтів. Усі пацієнти отримували препарат набуметон в початковій дозі — 1500 мг/добу (по 750 мг двічі на добу) упродовж 14 днів. Надалі призначалася підтримувальна доза 1000 мг/добу (по 500 мг двічі на добу) протягом 16 днів. Загальна тривалість лікування становила 30 діб. За весь період дослідження інші НПЗП пацієнти не приймали. Для оцінки ефективності препарату до та після лікування використовували візуальна аналогова шкала (ВАШ) болю; оцінка суглобового синдрому методом визначення больового, суглобового, запального індексу за Річі; обсяг активних та пасивних рухів (в градусах); тривалість ранкової скутості; лабораторна активність (показники ШОЕ, СРП); небажані явища при тривалому застосуванні препарату. Для виявлення синовіту проводилося ультразвукове дослідження суглобів на апараті Medison Sonoace X8, лінійним датчиком з частотою випромінювання 5-12 МГц з використанням програм двоірної томографії (В-режим) та енергетичного кольорового доплерівського картування в режимі реального часу.

Результати. Зниження активності запального процесу за досліджуваними параметрами реєстрували у всіх чотирьох групах. Аналіз болю за ВАШ показав, що достовірне зменшення вираженості больового синдрому в середньому реєструвалося з третьої доби від початку прийому препарату і через 14 днів становило 55%. Динаміка індексу Річі відмічалася з 10-го дня лікування та досягла максимального зниження на 30-й день спостереження (больовий індекс знизився на 55,6%, суглобовий — на 77%, запальний — на 78,5%). Зменшення ранкової скутості реєстрували починаючи з 2-ї доби після прийому препарату набуметон, а наприкінці курсу лікування вона знизилася у 6 разів (з $60,3 \pm 4,6$ до $10,3 \pm 4,2$). Виявлена стійка тенденція до збільшення обсягу рухів у колінному суглобі (в середньому з $112,2 \pm 4,1^\circ$ до $118,3 \pm 6,4^\circ$). Результати УЗД контролю підтвердили зменшення внутрішньосуглобового випоту на 50%. Однак у пацієнтів з групи II, у яких виявлено п'яткову ентезопатію, підп'ятковий бурсит, тендиніт — відзначена більш повільна динаміка запального процесу за всіма вищевказаними параметрами і не перевищувала 30%. За даними УЗД суглобів відмічено більш

повільний регрес синовіального випоту та ознак тендиніту, що потребувало перегляду діагнозу та застосування базисної терапії цитостатиками з метою запобігання системному ураженню при цьому процесі. За період спостереження небажаних явищ у набуметону не виявлено, проте при тривалому застосуванні для раціонального контролю ризиків з боку травного тракту можливе додаткове призначення інгібіторів протонної помпи.

Висновки. У ході дослідження встановлено ефективність та безпеку застосування НПЗП набуметон у пацієнтів з реактивними артритами. Оцінка клінічної ефективності препарату свідчить про позитивний вплив на артрологічний статус, нормалізацію лабораторних показників крові (ШОЕ, СРП). Дані УЗД суглобів демонструють зменшення об'єму внутрішньосуглобового випоту в середньому на 68,6%, що підтверджує протизапальну дію набуметону у даної когорти пацієнтів.

23. СКЛАДОВА ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ В ОЦІНЦІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ДІТЕЙ З ЮВЕНІЛЬНИМ ІДІОПАТИЧНИМ АРТРИТОМ

А.О. Фадєєва

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», Харків

Актуальність. Ювенільний ідіопатичний артрит (ЮІА) — одне з найбільш поширених ревматологічних захворювань дитячого віку, яке значно уражує усі складові здоров'я дитини та впливає на якість життя (ЯЖ) даної когорти хворих. Погіршення саме фізичного здоров'я дітей з ЮІА відбувається з самого початку захворювання через характерне ураження суглобів, а в подальшому є однією з причин зниження рівня інших складових ЯЖ. Своєчасна оцінка ЯЖ і, в першу чергу, фізичної активності пацієнтів, дозволить вчасно відреагувати на зміни в перебігу хвороби та провести корекцію лікувально-профілактичних заходів у дітей з ЮІА.

Мета: визначити показники фізичної активності в оцінці ЯЖ дітей із ЮІА під час перебування в стаціонарі за допомогою PedsQLTM 4.0 Generic Core Scales та Child Health Assessment Questionnaire (CHAQ) за останній тиждень.

Об'єм та методи дослідження. Обстежено 56 дітей з ЮІА (33 з поліартикулярним, 17 з олігоартикулярним і 6 з недиференційованим варіантами) віком 4–17 років, з них 31 дівчинка та 25 хлопців. Отримували метотрекстат 50 осіб, сульфасалазин — 6. Проведено оцінку активності хвороби за анкетою JADAS27, функціонального стану за CHAQ та ЯЖ за PedsQLTM 4.0 Generic Core Scales. Для оцінки ЯЖ використано валідований для України опитувальник PedsQLTM 4.0 Generic Core Scales за останній тиждень. Анкета PedsQLTM містить 4 шкали (фізичного, емоційного, соціального та шкільного функціонування), складається з 33 питань та має 4 вікові версії (для дітей віком 2–18 років). Оцінка отриманих результатів проводилася за методикою шкали Лікерта (найвищий результат 100 балів демонструє найкращу ЯЖ). Активність хвороби визначалася як висока при балах вище 4,2 для олігоартриту та 8,5 для поліартриту. Індекс функціональної недостатності (ІФН) за CHAQ оцінювався від 0 до 3 балів, де 3 — найгірший результат. Анкетування проходили діти віком 8 років і старше та батьки дітей віком до 8 років. Статистична обробка матеріалу проведена з використанням програми Microsoft Excel 2016.

Результати. Активність хвороби за JADAS27 у підгрупі з поліартикулярним варіантом становила $8,3 \pm 0,99$,

з олігоартикулярним — $5,2 \pm 0,94$, при цьому була високою у 6 пацієнтів з поліартритом та у 10 з олігоартритом. ІФН у групі в цілому (CHAQ) відповідав $0,33 \pm 0,05$, що свідчить про мінімальні функціональні порушення як в групі з поліартритом, так і олігоартритом ($0,41 \pm 0,12$ та $0,21 \pm 0,09$; $p \geq 0,05$).

Загальний показник ЯЖ у дітей з ЮІА за 7 днів спостереження в умовах стаціонару знаходився на рівні $70,2 \pm 3,2$. У дітей з поліартритом він був статистично нижчим порівняно з пацієнтами з олігоартритом ($63,8 \pm 4,3$ проти $78,4 \pm 3,7$; $p \leq 0,05$). При аналізі субшкал опитувальника необхідно відмітити, що його фізична складова демонструвала найвищі результати серед інших шкал. Проте при детальному аналізі встановлено, що в групі дітей з результатами CHAQ 0 балів (18 осіб) відмічалось зниження показників субшкали фізичної активності до $83,5 \pm 3,4$. Це відбувалося за рахунок наступних пунктів: «мені важко йти пішки більше 1 кварталу», «мені важко допомагати з роботою по дому», «мені боляче», «у мене мало сил». При цьому також і кореляційний зв'язок показників активності був сильнішим з результатами PedsQLTM за шкалою фізичної активності ($r = -0,402$), ніж за результатами оцінки ІФН (CHAQ) ($r = -0,289$).

Висновки. У пацієнтів з ЮІА в оцінці ефективності лікувально-профілактичних заходів особливе місце належить показникам ЯЖ, усім його складовим, у тому числі й показникам фізичної активності.

24. ІНТЕРПРЕТАЦІЯ ТРОМБОЦИТАРНИХ ІНДЕКСІВ У ПАЦІЄНТІВ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ

Х.М. Федорович, Р.І. Яцишин, Б.В. Доскалюк

Івано-Франківський національний медичний університет, Івано-Франківськ

Метою даного дослідження було детально проаналізувати тромбоцитарні індекси (ТІ) у пацієнтів із ревматоїдним артритом (РА) та встановити імовірність кореляційних зв'язків між окремими тромбоцитарними показниками та активністю РА.

Методи дослідження. У дослідження включено 55 пацієнтів із встановленим діагнозом «ревматоїдний артрит» згідно з наказом МОЗ України від 11.04.2014 р. № 263, що перебували на стаціонарному лікуванні в ревматологічному відділенні обласної клінічної лікарні м. Івано-Франківськ впродовж 2019–2021 рр. Показники віку у досліджуваній групі коливалися в межах 38–65 років, в середньому — $51,8 \pm 9,4$ року. Розподіл за статтю був наступним: частка жінок становила 69,1% (38 хворих), а чоловіків — 30,9% (17 хворих). Групу контролю сформовано із 25 практично здорових осіб, репрезентативних за віком та статтю. Усіх пацієнтів було клінічно обстежено, враховано інтенсивність болю за візуальною аналоговою шкалою (VAS), визначено швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ) та рівень С-реактивного білка (СРБ), проведено розгорнутий аналіз крові (РАК). Індекси тромбоцитів (ІТ) проаналізовані за РАК, зокрема кількість тромбоцитів (Plt), середній об'єм тромбоцитів (MPV), ширину розподілу тромбоцитів (PDW) та тромбоцитокрит (PCT). DAS28 розраховували для кожного пацієнта за допомогою онлайн-калькулятора www.4s-dawn.com/DAS28/. На основі DAS-28 досліджувана група була поділена на 4 підгрупи (DAS28 <2,6 — перша підгрупа; DAS28 2,6 > 3,2 — друга підгрупа; DAS28 3,2 > 5,1 — третя підгрупа; DAS28 > 5,1 — четверта підгрупа).

Результати. Очікувано індекс VAS, показники ШОЕ та СРБ відрізнялися у пацієнтів різних підгруп, нарост-

таючи від першої до четвертої підгрупи. Також існували статистично значущі відмінності між дослідними підгрупами та групою контролю для всіх трьох параметрів ($p < 0,05$). Визначено, що показник PCT був вищим у всіх чотирьох підгрупах досліджуваної когорти порівняно з групою контролю ($p < 0,05$); найвищі значення цього показника виявлені в осіб четвертої підгрупи ($0,034 \pm 0,081$, $p < 0,05$). У свою чергу, показники MPV та PDW у пацієнтів з вираженою активністю захворювання (DAS28 $> 5,1$) були нижчими під час активного запалення порівняно з пацієнтами в ремісії ($9,457 \pm 0,843$ та $18,731 \pm 0,685$ vs $9,632 \pm 0,827$ та $18,809 \pm 0,673$ відповідно). Хоча відмінності не були суттєвими, їх статистична оцінка вказує на вірогідність результатів ($p < 0,05$). Окрім цього, встановлено наявність позитивного кореляційного зв'язку між PCT та показниками ШОЕ та СРП ($r = 0,69$ та $r = 0,71$ відповідно), а також негативних значень кореляції між MPV, PDW та вказаними показниками запалення ($r = -0,59$ і $r = -0,67$ та $r = -0,64$ і $r = -0,73$ відповідно).

Висновки. Встановлено, що значення ТІ позитивно корелюють із показниками активності РА. Дані результати дають змогу розглядати ТІ як додаткові параметри для визначення активності запального процесу при РА.

25. ДЕГРАДАЦІЯ СУГЛОБОВОГО ХРЯЩА В ДИНАМІЦІ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПОСТТРАВМАТИЧНИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ

Л.В. Хімійон¹, О.А. Бур'янов², Г.О. Гаврилюк³, Т.М. Омельченко², С.В. Данилюк¹, Т.О. Ситюк¹

¹Кафедра сімейної медицини Національного медичного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

²Кафедра травматології та ортопедії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

³Київська клінічна лікарня на залізничному транспорті № 2, «ЦОЗ» АТ «Укрзалізниця»

Вступ. Відомо, що рівень агрекану в плазмі крові або синовіальній рідині відображає інтенсивність деградації гіалінового суглобового хряща і може слугувати маркером ефективного лікування остеоартрозу (ОА).

Мета: визначити ефективність лікування посттравматичного ОА колінних суглобів (ПТОА КС) із застосуванням тромбоцитарної аутологічної плазми та визначенням рівнів агрекану в динаміці лікування.

Матеріали і методи дослідження. Дослідження проведено на кафедрі сімейної медицини НУОЗ України імені П.Л. Шупика в КНП КОР «Київська обласна клінічна лікарня» за добровільною участю 62 пацієнтів із симптомним ПТОА КС (вік $36,50 \pm 2,38$ року), тривалість ОА $3,15 \pm 0,72$ року, I–II R- стадія) і 12 здорових осіб групи контролю порівнюваних за віком і статтю із групою ПТОА; в дослідження не включали пацієнтів після хірургічного лікування ПТОА, з іншими захворюваннями суглобів, з симптомами ОА інших суглобів. Усім пацієнтам призначали стандартну терапію симптомного ОА: НПЗП, фізпроцедури, лікувальну фізкультуру (ЛФК). Для проведення дослідження пацієнти були розподілені на 2 групи, порівнювані за віком, статтю, тривалістю ОА: 32 пацієнти одержували в комплексі зі стандартним лікуванням 3 внутрішньосуглобові інекції ТАП (в 1-й, 4-й і 8-й день лікування). Ефективність лікування оцінювали за результатами ВАШ, KOOS та за динамікою рівня СРБ, агрекану в плазмі крові; всі показники визначалися на початку дослідження, після курсу лікування (14 днів) та через 6 міс після закінчення курсу лікування.

Результати. Середній рівень агрекану в плазмі крові на початку дослідження у пацієнтів із ПТОА становив $4,2 \pm 0,49$ нг/мл (що достовірно перевищував показник групи контролю — $0,5 \pm 0,07$ нг/мл, $p < 0,05$) і був пов'язаний позитивним кореляційним зв'язком із показником інтенсивності суглобового болю за ВАШ та рівнем СРБ та негативним зв'язком — із показниками функціональної активності за шкалою KOOS протягом всього дослідження. Пацієнти, які одержали курс лікування ТАП, мали кращу динаміку як показників болю і функціональної активності, так і рівня агрекану після закінчення курсу лікування ($2,66 \pm 0,85$ vs $3,32 \pm 0,94$ нг/мл) та через 6 міс спостереження ($2,44 \pm 0,8$ vs $2,95 \pm 0,97$ нг/мл), що супроводжувалося меншою потребою у цих пацієнтів у застосуванні НПЗП.

Висновки. Застосування ТАП у комплексній терапії ПТОА покращує результати лікування порівняно із стандартним лікуванням і знижує інтенсивність деградації суглобового хряща впродовж наступних 6 міс спостереження.

26. NT-PROBNP ТА ЛІПІДНІ ФАКТОРИ СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ МОЛОДОГО ВІКУ БЕЗ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Л.В. Хімійон, І.О. Кузик

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ

Актуальність. Відомо, що хворі на ревматоїдний артрит (РА) мають істотно підвищений ризик розвитку передчасного атеросклерозу, ішемічної хвороби серця (ІХС), серцевої недостатності (СН) та серцево-судинної смерті порівняно зі здоровими однолітками. У той же час фактори ризику серцево-судинних захворювань (ССЗ) та атерогенезу, можливості ранньої діагностики ураження серцево-судинної системи у хворих на РА потребують уточнення. З цієї точки зору, викликає інтерес вивчення можливості застосування N-кінцевого фрагменту мозкового натрійуретичного пептиду (Nt-proBNP) як маркера ураження серцево-судинної системи у даного контингенту хворих.

Мета: визначити рівні Nt-proBNP та його зв'язок із ліпідними факторами ризику ССЗ у хворих на РА молодого віку без ССЗ.

Методи дослідження. Визначено рівні Nt-proBNP та стандартні показники ліпідного обміну у 120 хворих на РА молодого віку (18–44 роки) без ССЗ (основна група) і 50 практично здорових осіб, порівнянних за віком і статтю (контрольна група). Дослідження проводилося на кафедрі сімейної медицини НУОЗ України ім. П.Л. Шупика на базі КНП КОР «Київська обласна клінічна лікарня» за період 2020–2021 рр. Nt-proBNP визначався методом електрохемолюмінісценції на аналізаторі Fineware FIA Meter, Wondfo (2018). Нормальним вважався рівень Nt-proBNP ≤ 300 пг/мл згідно з інструкцією виробника.

Результати. Встановлено, що у 79,17% обстежених хворих на РА рівень Nt-proBNP істотно перевищував середній показник групи контролю ($p < 0,05$), а у 74,17% пацієнтів рівень натрійуретичного пептиду (НУП) перевищував порогове значення 300 пг/мл, при цьому у хворих на РА виявлено сильний позитивний кореляційний зв'язок між рівнем НУП і кількістю загального холестерину (ХС), холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ) та негативний зв'язок — із рівнем ХС ЛПВЩ (табл. 1), чого не виявлено в осіб групи контролю.

Таблиця 1

Результати кореляційного аналізу досліджуваних показників		
Зв'язок	Коефіцієнт кореляції, r	Рівень вірогідності, p*
Nt-proBNP – 3X	0,68	0,043
Nt-proBNP- ЛПНЩ	0,69	0,037
Nt-proBNP – ЛПВЩ	-0,63	0,031
Nt-proBNP – ТГ	0,53	0,622

Висновки. Для хворих на РА молодого віку характерними є підвищений рівень Nt-proBNP та проатерогенна дисліпідемія, що може бути як відображенням формування дисметаболических процесів на тлі хронічного імуноопосередкованого системного запального процесу із поступовим прискоренням атерогенезу, так і маркером вже наявного ураження серця і формування СН. Необхідні подальші дослідження для більш чіткого розмежування цих станів у хворих на РА.

27. ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ВТРАТИ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ У ХВОРИХ НА РА ЗА ОПИТУВАЛЬНИКОМ DRI (DISABILITY RATING INDEX) – ІНДЕКС НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ

Є.І. Шалковський, М.А. Станіславчук

Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова.

Кафедра внутрішньої медицини № 1

Актуальність. Ревматоїдний артрит (РА) — це хронічне, деструктивне, імуноопосередковане запальне захворювання суглобів, що має прогресивний перебіг і спричиняє інвалідизацію майже у 50% пацієнтів упродовж перших 5 років захворювання. Оскільки РА чинить значний вплив на здоров'я пацієнтів, охоплюючи фізичну сферу, наслідками захворювання є зниження функціональної активності та втрата працездатності пацієнтів. Для оцінки втрати працездатності хворих за будь-якого патологічного стану V. Erik Spangfort та колеги (1994) запропонували Disability Rating Index (DRI) або Індекс непрацездатності — клінічний інструмент, що легко інтерпретується, відзначається достатньою чутливістю і рекомендований для клінічної оцінки пацієнтів, які страждають від болю. На сьогодні відсутня україномовна версія DRI.

Мета: створення україномовної версії опитувальника DRI та його крос-культуральна адаптація з оцінкою валідності у хворих на РА.

Об'єкт і методи дослідження. Переклад та крос-культуральна адаптація опитувальника DRI виконана згідно з рекомендаціями Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. Обстежено 51 хворого на РА та 30 осіб контрольної групи. Діагноз РА встановлювали на основі критеріїв ACR/EULAR (2010). Групи хворих та осіб контрольної групи були репрезентативними за віком і статтю, сформовані з урахуванням гендерних особливостей РА та поширеності у популяції. Статистичну обробку отриманих результатів проводили методами варіаційної статистики у пакеті прикладних програм SPSS23 (©SPSS Inc.).

Результати. Перекладено та проведено крос-культурну адаптацію і валідизацію опитувальника DRI. Внутрішня узгодженість шкали підтверджена шляхом підрахунку коефіцієнта альфа-Кронбаха. За результатами початкового та повторного опитування встановлено внутрішню узгодженість україномовної версії опитувальника, яка становила 0,907 та 0,900 відповідно. З метою оцінки надійності опитувальника проведено тест-ретест

з інтервалом у 7 днів і розраховано внутрішньокласовий коефіцієнт кореляції, який становив 0,999 ($p < 0,01$).

За нашими даними, середній показник втрати працездатності у хворих на РА становив $46,0 \pm 17,9$ при значенні даного показника в контрольній групі $7,5 \pm 4,3$ ($p < 0,05$).

Висновки. Створена україномовна версія опитувальника «Індекс непрацездатності» (DRI), який має достатній рівень надійності та внутрішньої узгодженості, що дозволяє використовувати її з науковою метою та в клінічній практиці в україномовній популяції у хворих на РА для оцінки втрати працездатності.

28. ЕФЕКТИВНІСТЬ СТАНДАРТНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА АНКІЛОЗИВНИЙ СПОНДИЛІТ ЗАЛЕЖНО ВІД ДОБОВОЇ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ ПЛАЗМОВОГО РІВНЯ BDNF

І.І. Шаповал, М.А. Станіславчук

Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова, Вінниця

Кафедра внутрішньої медицини № 1

Вступ. Інформація про добову варіабельність основних клінічних симптомів у хворих на анкілозивний спондиліт (АС) добре відома і була вперше засвідчена ще у 1949 р. F. Hart. Накопичується все більше доказів щодо їх регуляції через систему нейротрофінів та безпосередньої участі ключового нейротрофіну — мозкового нейротрофічного фактора (brain-derived neurotrophic factor — BDNF). Крім характерного болювого синдрому, у хворих на АС виявляється низка психологічних розладів, які здебільшого вважають наслідками розладів циркадної регуляції. Виникають питання щодо особливостей циркадного патерну BDNF, його регуляції, впливу на ефективність фармакотерапії у хворих на АС. Даних щодо досягнення клінічної відповіді на стандартне лікування залежно від добової варіабельності BDNF у хворих на АС нами не виявлено.

Мета: проаналізувати ефективність лікування хворих на АС залежно від добової варіабельності плазмового рівня BDNF.

Матеріали і методи дослідження. У дослідженні включено 84 хворих на АС згідно з модифікованими Нью-Йоркськими критеріями (Linden S.V.D. et al., 1984) та 35 осіб контрольної групи, репрезентативних за віком та статтю. Усі хворі отримували стандартну терапію, тривалість лікування становила 12 тиж. Ефективність лікування контролювали за динамікою клінічних проявів та критеріями ASAS 20 та ASAS 40. Вміст BDNF в плазмі крові визначали двічі на добу (о 8:00 та 20:00) методом ELISA та додатково розраховували співвідношення між ранковим та вечірнім рівнем BDNF — індекс BDNF «8:00/20:00».

Результати. Аналіз добової варіабельності плазмового рівня BDNF у хворих на АС залежно від клінічної відповіді на стандартне лікування показав наступне: як у респондерів ASAS20, так і у нереспондерів рівні BDNF о 8:00, 20:00 були статистично значуще вищими, ніж у осіб контрольної групи ($p < 0,05$). При цьому співвідношення між ранковим та вечірнім рівнем BDNF «8:00/20:00» у респондерів ASAS 20 практично не відрізнялося від групи контролю, що свідчить про збереження фізіологічного напрямку добових коливань плазмового рівня нейротрофіну. Натомість у нереспондерів індекс BDNF «8:00/20:00» виявився статистично значуще нижчим в 1,45 раза ($p < 0,001$), ніж в групі контролю, та в 1,41 раза нижчим ($p < 0,05$) порівняно з респондерами. За абсолютними рівнями BDNF між респондерами та нереспондерами відмінностей не вияв-

лено. Згідно з результатами наших попередніх досліджень зниження індексу BDNF «8:00/20:00» нижче 0,95 асоціюється з прогресуванням ознак полісимптомного дистресу і розвитком ФМ. Виявлено, що у респондерів ASAS 20 лише у 20,0% осіб індекс BDNF «8:00/20:00» був нижчим 0,95, у той час як у нереспондерів ця частка сягала 44,1% ($p < 0,05$). Зауважимо, що в контрольній групі не виявлено жодної особи з індексом BDNF «8:00/20:00» $< 0,95$. При зниженні індексу BDNF «8:00/20:00» $< 0,95$ у хворих на АС втричі зростає ризик недостатньої клінічної відповіді на стандартне лікування і недосягнення ASAS 20 через 12 тиж (відносний ризик = 2,95; 95% ДІ 1,01–8,60, $p < 0,05$).

Висновки. Отримані дані свідчать про зростання ймовірності недосягнення клінічної відповіді на рівні ASAS20 через 12 тиж стандартної терапії у хворих на АС за умови зниження індексу BDNF «8:00/20:00» $< 0,95$. Індекс BDNF «8:00/20:00» $< 0,95$ можна вважати додатковим предиктором недостатньої клінічної відповіді на стандартне лікування у хворих на АС.

29. ЧАСТОТА ТА КЛІНІЧНІ АСОЦІАЦІЇ ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ С-РЕАКТИВНОГО БІЛКА У ХВОРИХ НА СИСТЕМНИЙ ЧЕРВОНИЙ ВОВЧАК

О.Б. Яременко, Д.І. Коляденко, І.Г. Матіяшук, Г.О. Юр'єва, Л.Б. Петелицька

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Мета. Під час діагностики і моніторингу перебігу системного червоного вовчачка (СЧВ) важливе значення мають маркери активності запального процесу. Попри рутинне застосування С-реактивного білка (СРБ) у ревматологічній практиці, у хворих на СЧВ рівень СРБ часто не корелює з активністю захворювання, хоча доведено його зв'язок з окремими клінічними проявами та лабораторними показниками (Umare V. et al., 2017). Також підвищення СРБ розцінюється як предиктор серцево-судинних подій та ознака приєднання інфекції (Serougi E-I. et al., 2019). Проте існуючі літературні дані щодо клініко-діагностичної інформативності СРБ при СЧВ переважно є суперечливими. Тому метою дослідження було визначити частоту підвищення СРБ у хворих на СЧВ та проаналізувати її взаємозв'язок зі спектром клінічних проявів, ступенем активності захворювання та профілем специфічних аутоантитіл.

Методи дослідження. Обстежено 351 хворого на СЧВ, серед них 305 жінок (86,9%) та 46 чоловіків (13,1%). Вік хворих становив у середньому 36 (25–48) років, тривалість захворювання — 55 (20–120) міс. І ступінь активності СЧВ виявлено у 41,3% хворих, II — у 34,2%, III — у 24,5%. Проведено оцінку залучення різних органів і систем, рівнів СРБ та спектру специфічних аутоантитіл. 56% хворих на момент реєстрації не отримували лікування глюкокортикоїдами (ГК), 32% отримували пероральні ГК у дозі 10 (7,5–20) мг у преднізолонному еквіваленті, 12% пацієнтів — пульс-терапію ГК. Статистичну обробку результатів проводили за допомогою ліцензійних програм «Microsoft Excel» та «SPSS». Для порівняння кількісної ознаки у незалежних вибірках використано непараметричний критерій Манна — Уїтні. Для дослідження взаємозв'язку між рівнем СРБ та ступенем активності СЧВ застосовано кореляційний аналіз Спірмена.

Результати. Підвищення рівня СРБ більше 6 мг/л відмічали у 60,7% хворих, рівень СРБ становив в середньому 6 (0–24) мг/л. Виявлено достовірно вищий рівень

СРБ у хворих з серозитами (14,6 (2,8–60) мг/л), тоді як медіанне значення СРБ у хворих без ураження серозних оболонок становило 1,1 (0–14,3) мг/л ($p < 0,001$). Крім того, виявлена асоціація підвищеного рівня СРБ із ураженням слизових оболонок (12 (0–48) vs 5,9 (0–24) мг/л, $p = 0,026$). Виявлено також вищий рівень СРБ у хворих з анемією (12 (5,9–27,6) мг/л), порівняно з пацієнтами з нормальним рівнем гемоглобіну (5,9 (1–13) мг/л; $p = 0,02$). Натомість у хворих з ураженням шкіри рівень СРБ був нижчим (2,8 (0–18) мг/л), ніж у хворих без шкірних проявів (12 (0–48) мг/л; $p = 0,005$). Не виявлено асоціацій зміни рівня СРБ із ураженням нирок ($p = 0,39$), судин ($p = 0,1$), артритом ($p = 0,62$), пневмонітом ($p = 0,34$), лихоманкою ($p = 0,1$), лімфаденопатією ($p = 0,97$), синдромом Шегрена ($p = 0,06$), антифосфоліпідним синдромом ($p = 0,98$). Позитивність за антитілами до Sm (AT-Sm) супроводжувалася достовірно вищим рівнем СРБ (13 (6–18,5) мг/л), порівняно з хворими, у яких ці AT не виявлялись (5,5 (0,6–12) мг/л; $p = 0,021$). Асоціації підвищення СРБ з позитивністю за іншими аутоантитілами (AT-дсДНК, -Ro, -La, -RNP, антифосфоліпідними AT) не виявлено. У хворих, що отримували ГК, рівень СРБ був достовірно вищим (5,9 (1–15,2) мг/л), ніж у пацієнтів без терапії ГК (0 (0–6) мг/л; $p < 0,001$). Взаємозв'язку між рівнем СРБ та ступенем активності СЧВ не виявлено ($r = 0,038$; $p > 0,05$), проте спостерігався позитивний кореляційний зв'язок між рівнями СРБ та ШОЕ ($r = 0,295$; $p < 0,01$).

Висновки. Підвищений рівень СРБ у хворих на СЧВ асоціюється з ураженням серозних та слизових оболонок, анемією та позитивністю за AT-Sm. Натомість шкірні прояви при СЧВ супроводжуються порівняно нижчим рівнем СРБ.

30. ПОШИРЕНІСТЬ ТА ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЮ В СПІНІ У ДОРΟΣЛИХ ЧОЛОВІКІВ БЕЗ ВСТАНОВЛЕНОГО ДІАГНОЗУ СПОНДИЛОАРТРИТУ

О.Б. Яременко, А.О. Сидорова, Л.Б. Петелицька

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Мета: оцінити поширеність та характеристики болю в спині (в тому числі механічного та запального характеру) у дорослих чоловіків без встановленого діагнозу спондилоартрити (SpA).

Методи дослідження. Проведено анкетування 696 дорослих чоловіків без встановленого діагнозу SpA за допомогою опитувальника, який розроблено з метою виявлення характерних ознак запального та механічного болю в спині. Опитувальник включав 39 питань, які були спрямовані на визначення причини болю в спині, його локалізації та тривалості, наявності вранішньої скутості, поєднання болю з іншими суглобовими та позасуглобовими проявами. З цієї групи відібрано 642 анкети чоловіків, які відмічали наявність проблем зі спиною (біль, скутість чи дискомфорт). Запальний характер болю в спині визначався відповідно до критеріїв Calin та критеріїв Міжнародного товариства до дослідження спондилоартрити (ASAS). Загалом середній вік хворих становив $41,8 \pm 16,53$ року, а серед хворих, які відповідали запальному болю в спині згідно з ASAS, — $34,82 \pm 10,32$ року. Оцінку вірогідності відмінності показників проводили за допомогою точного критерію Фішера. Різницю вважали достовірною при $p < 0,05$.

Результати. Про наявність проблем зі спиною (за винятком ізольованого ураження шийного відділу хребта) повідомили 84,9% чоловіків, при цьому до ліка-

ря звертався кожен другий опитаний хворий. Вранішню скутість відмітили 46,3% пацієнтів з болем у спині, але лише у 20,83% вона тривала більше 30 хв. Серед хворих з болем у спині 17,75% чоловіків мали ознаки запального болю в спині, що визначалося наявністю одночасно ≥ 4 з 5 критеріїв Calin; 8,09% мали ознаки запального болю в спині за критеріями ASAS (≥ 4 з 5 критеріїв), а 3,89% відповідали критеріям ASAS та Calin одночасно. Лише у 2,79% хворих біль відповідав критеріям ASAS та тривав більше 3 міс. Найпоширенішим поєднанням ознак за критеріями Calin виявилися: поступовий початок у віці до 40 років, ранкова скутість, зменшення вираженості больового синдрому при фізичному навантаженні. Відповідно до критеріїв ASAS найпоширенішим поєднанням були поступовий початок болю у віці до 40 років, відсутність покращення після відпочинку і його наявність після фізичних навантажень. Найчастіше больовий синдром дебютував у віці 20–30 років (48,9%), рідше — 30–40 років (23,2%), ще рідше — старше 40 років (14,3%) і старше 45 років (9,4%). Для усунення больового синдрому 43,7% пацієнтів використовували нестероїдні протизапальні препарати, які виявилися ефективними у 85,52% випадків. У чоловіків із запальним типом болю за критеріями ASAS порівняно з групою чоловіків з механічним типом достовірно частіше ($p < 0,05$) відмічали скарги на біль у сідницях (32,69% vs 18,81%), який не іррадіював нижче колін (100% vs 91,86%), тривалість ранкової скутості ≥ 30 хв (42,3% vs 18,98%), наявність міжреберної невралгії (42,3% vs 28,13%) і проблем зі спиною у родичів першої та другої лінії (73,07% vs 48,81%). Вірогідних відмінностей у групах за наявністю вранішньої скутості, дактилітів, ентезитів, кон'юнктивіту, псоріазу, болю в суглобах чи їх припухлості, тривалості больового синдрому не виявлено.

Висновки. Попри значну поширеність болю в спині (у 84,9% чоловіків) лише близько половини хворих звертаються до лікаря для з'ясування його причин. Значно більша кількість чоловіків, які відповідають критеріям Calin порівняно з ASAS, можуть говорити про недостатню специфічність критеріїв Calin, однак ці дані потребують подальшого уточнення.

31. САРКОПЕНІЧНИЙ СИНДРОМ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ У ПОЄДНАННІ З НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ

*Р.І. Яцишин, І.В. Стойка, П.Р. Герич,
Х.М. Федорович, В.В. Мигович, Б.В. Доскалюк,
О.І. Гоцанюк*

*Івано-Франківський національний медичний
університет, Івано-Франківськ*

Актуальність. Актуальною проблемою сучасної медицини є виявлення спільних патогенетичних механізмів ревматоїдного артриту (РА) та супутніх захворювань внутрішніх органів з метою розробки комплексного персоналізованого підходу до лікування та профілактики коморбідної патології. За даними сучасних наукових досліджень, при клініко-інструментальному

обстеженні хворих на РА ознаки ураження паренхіми печінки відмічають у 15% випадків. У формуванні хронічної патології гепатобіліарної системи домінують роль належить саме метаболічним порушенням, таким як саркопенія. В основі патогенезу саркопенії та порушення морфо-функціонального стану печінки у хворих на РА лежить підвищений рівень прозапальних факторів. Частою причиною формування стеатогепатиту також є тривала терапія НПЗП та метотрексатом у хворих на РА. Біль та деформація суглобів призводять до зниження рухової активності, внаслідок чого зменшуються сила та обсяги м'язової тканини.

Мета: дослідити неалкогольний стеатогепатит (НАСГ) та саркопенію у хворих на РА.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 20 чоловіків, хворих на РА, ступінь активності II–III, Rtg-стадія II–III, ФНС II ступеня. Середній вік пацієнтів $40,7 \pm 2,25$ року. Використовували алгоритм діагностики саркопенії, рекомендований EWGSOP(2009). Проведено опитування пацієнтів за допомогою опитувальника SarQol. Визначали індекс маси тіла (ІМТ) та динамометрію. Проводили визначення масової частки м'язової тканини, підшкірного та вісцерального жиру за допомогою біоімпедансного монітору складу тіла OMRON BF 511. Визначили вміст лептину та креатинінази фракції ММ (КФК-ММ) у сироватці крові хворих. Проводили ультразвукове обстеження. Проведено опитування пацієнтів за допомогою опитувальника CAGE.

Результати. За результатами опитувальника SarQol та додаткових методів дослідження, у 87,5% пацієнтів діагностовано саркопенію. Середні показники динамометрії знаходилися в межах $18,3 \pm 0,7$ кг і були значно нижчими, ніж у здорових осіб $28,3 \pm 0,5$ кг. У 57% хворих на РА у поєднанні із саркопенією діагностовано саркопенічне ожиріння. Масова частка підшкірної жирової тканини у групі хворих осіб становила $37,9 \pm 3,7\%$, що відповідало високому та дуже високому рівню ожиріння, порівняно з групою здорових осіб $28,3 \pm 3,9\%$. Середні показники масової частки вісцерального жиру становили 13 ± 3 , у групі здорових осіб — 8 ± 2 . Масова частка скелетних м'язів у хворих осіб були у межах $21,2 \pm 1,7$, тоді як у групі здорових осіб — $29,3 \pm 1,6$. У 84% хворих із саркопенічним ожирінням за допомогою ультразвукового обстеження та опитування за тестом CAGE діагностовано неалкогольний стеатогепатит.

Висновки. РА призводить до порушень м'язового метаболізму, що, в свою чергу, зумовлює розвиток вторинної саркопенії. У зв'язку з цим до лікувальних заходів слід включити дієтичне харчування з підвищеною кількістю білка, фізичне навантаження, а саме аеробні вправи (плавання, катання на велосипеді) та лікарські засоби, які покращують м'язовий метаболізм, та препарати кальцію. Актуальним є дослідження впливу амінокислот левокарнітину та аргініну гідрохлориду на корекцію саркопенічного синдрому і неалкогольного стеатогепатиту.