

Національна академія медичних наук України
Міністерство охорони здоров'я України
Асоціація ревматологів України
Державна установа «Національний науковий центр
«Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України»
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика НАМН України

**VI НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
АСОЦІАЦІЇ РЕВМАТОЛОГІВ УКРАЇНИ
«СТАНДАРТИЗОВАНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ
ТА ЛІКУВАННЯ РЕВМАТИЧНИХ ХВОРОБ»**

22–23 жовтня 2015 р., Київ

НЕФРОПАТИЯ ПРИ ANCA-АССОЦИИРОВАННЫХ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТАХ

Т.Б. Бевзенко¹, И.Ю. Головач¹,
О.В. Синяченко², Л.В. Седая², Д.В. Помазан²

¹ГУ «Научно-практический центр профилактической
и клинической медицины» ГУД,
Больница «Феофания», Киев

²Донецкий национальный медицинский университет
им. Максима Горького, Красный Лиман

Цель: изучить частоту и характер поражения почек при системных васкулитах, ассоциированных с антинейтрофильными цитоплазматическими антителами (ANCA).

Объект и методы. Обследовано 210 больных, в том числе 116 с микроскопическим полиангиитом (МПА), 39 с узелковым полиартериитом (УПА), 28 с гранулематозом с полиангиитом Вегенера (ГПА) и 27 с эозинофильным полиангиитом Черджа — Стросс (ЭПА). ANCA в сыворотке крови выявлены у 75% пациентов с ГПА, у 71% с МПА, у 57% с ЭПА и у 39% с УПА. У 12 пациентов с МПА выполнена биопсия почки.

Результаты. Поражение почек диагностировано у 52% больных ЭПА, у 62% УПА, у 64% ГПА и у 67% МПА. Соответственно в 7% наблюдений МПА (у 10% лиц с нефропатией) установлен нефротический синдром, который также выявлен соответственно в 11 и 17% случаев ГПА. Снижение функции почек констатировано при УПА соответственно в 26 и 42% наблюдений, при МПА — в 35 и 53%, при ГПА — в 29 и 44%, при ЭПА — в 26 и 50%. По результатам проведенной оценки критерия Макнемара — Фишера, стадии хронической болезни почек при УПА достоверно отличаются от таких у больных МПА и ГПА. Как свидетельствует многофакторный дисперсионный анализ Уилкоксона — Рао, на интегральное состояние почек при ANCA-ассоциированных системных васкулитах оказывает влияние длительность заболевания, тогда как степень активности патологического процесса — при МПА, наличие кардиопатии (нарушения возбудимости миокарда и электрической проводимости сердца, изменения его камер и клапанного аппарата, систолическая и диастолическая дисфункция левого желудочка) — при МПА, УПА и ЭПА, характер пневмопатии (интерстициальный пульмональный процесс, фиброзирующий альвеолит, обструктивный бронхит, бронхиолит, плеврит, легочная гипертензия, нарушения вентиляционной функции и диффузионной способности легких) — при ГПА и ЭПА, интегральная тяжесть экстраренальных признаков васкулитов — только при ЭПА. По результатам выполненного дисперсионного анализа, продолжительность болезни способствует формированию почечной недостаточности у больных УПА и ЭПА, а с длительностью заболевания существуют одновременные достоверные дисперсионные и обратные корреляционные связи скорости клубочковой фильтрации при МПА и ЭПА. Пол пациентов определяет развитие нефропатии у больных УПА. При УПА и ГПА развитие нефропатии тесно связано с наличием у пациентов кардиопатии, при ЭПА — печеночной патологией, при МПА — с общей степенью активности патологического про-

цесса. Индекс прогрессирования нефропатии (ИПН), который оценивали по формуле:

$$\text{ИПН} = \frac{1+A^2}{D}$$

(где A — стадия хронической болезни почек, D — длительность заболевания), у больных УПА, МПА и ГПА зависит от интегральной тяжести экстраренальных признаков заболеваний, которая при ГПА влияет на формирование нефротического синдрома.

Выводы: поражение почек является одним из ведущих признаков системных васкулитов и наблюдается у большинства пациентов, определяет течение заболевания. С учетом выполненной статистической обработки полученных результатов исследований сделаны заключения, имеющие определенную практическую направленность: 1) факторами риска тяжелого течения нефропатии при УПА являются мужской пол и носительство вирусного гепатита В; 2) прогнознегативными факторами в отношении течения почечной патологии у больных УПА считаются показатели в крови иммуноглобулина-М >3 ммоль/л, при МПА — С-реактивного протеина >18 мг/л, эндотелина-1 >9 пг/мл и простацилина <18 нг/мл.

ЛОКАЛЬНЕ ЗАСТОСУВАННЯ НЕОКАРИПАЗИМУ В ХВОРИХ НА ДЕФОРМІВНИЙ ОСТЕОАРТРОЗ ІЗ СУПУТНІМ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Н.М. Богдан

Одеський національний медичний університет

Деформівний остеоартроз (ДОА) — найбільш поширена форма суглобової патології, яка у віці старше 60 років спричиняє безліч проблем, пов'язаних із ходьбою та підйомом по сходах. Приєднання метаболічного синдрому (МС) до ДОА створює умови перенавантаження для функціонування осьових суглобів, що є однією з основних причин передчасної втрати працездатності та інвалідизації населення. У лікуванні хворих на ДОА із супутнім МС важливе значення мають методи фізичної реабілітації. Оскільки вони спрямовані на стимуляцію механізмів компенсації, резервних можливостей організму та нормалізацію життєво важливих функцій.

Мета: виявити ефективність локального застосування неокарипазиму (НКМ) у хворих на ДОА із супутнім МС.

Об'єкт і методи. Група спостереження — 15 хворих на ДОА із супутнім МС віком від 55 до 75 років. Група порівняння — 15 хворих на ДОА такої ж вікової категорії, але без МС. Хворим основної групи проводили рентгенологічні дослідження суглобів, вимірювання кутамиром рухливості суглобів, оцінку больового синдрому за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ), біохімічне дослідження крові (гострофазові показники та ліпідограма). Усім пацієнтам групи спостереження призначали на фоні стандартної медикаментозної протизапальної та знеболювальної терапії локальне застосування НКМ за допомогою електрофорезу (10–15хв), щоденно курсом 14–16 процедур із повторенням курсу через 3 міс впродовж 2 років. Пацієнтам групи порівняння проводили лікування тільки НПЗП та хондропротекторами.

ОЦІНКА ЦИТОКІНОВОГО ПРОФІЛЮ КРОВІ У ХВОРИХ НА ПЕРВИННИЙ ОСТЕОАРТРОЗ В АСПЕКТІ ВІКОВОЇ КОМОРБІДНОСТІ

Л.О. Волошина

ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», Чернівці

При остеоартрозі (ОА), окрім дегенеративно-дистрофічної патогенетичної основи змін суглобових структур, з'являються докази наявності запальних явищ та відзначається роль прозапальних цитокінів у формуванні та прогресуванні ОА.

Мета: дослідити особливості порушень цитокінової ланки регуляції в крові у хворих на ОА в контексті вікових проявів коморбідності.

Об'єкт і методи. До дослідження залучено 80 хворих на ОА в період загострення у віці 37–76 років, серед яких жінок було 68 (85,0%), чоловіків — 12 (15,0%). Верифікацію діагнозу та лікування ОА та коморбідних захворювань здійснювали за рекомендаціями EULAR (2010), настанов та наказів МОЗ України. Вивчалися рівні прозапальних цитокінів туморнекротичного фактора (ТНФ)- α , інтерлейкіну (ІЛ)-1 β , протизапального цитокіну ІЛ-4, трансформуючого фактора росту (ТФР)-В та маркери запалення в крові: С-реактивний протеїн (СРП), швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ) при госпіталізації та через 30 днів від початку лікування в основній (52 (65%) хворих) та контрольній (28 (35%) хворих) групах. Статистичну обробку результатів дослідження проводили за допомогою стандартних прикладних програм Microsoft Excel.

Результати. Оцінюючи вираженість, поширеність та перебіг проявів ОА встановлено, що в осіб віком до 45–50 років (7 осіб) останній проявлявся явищами олігоостеоартрозу, помірними рентгенологічними змінами за Келгреном — Лоуренсом та легким перебігом, з них у 3 (3,75%) осіб не виявлено коморбідних захворювань. У пацієнтів віком старше 50 років домінували прояви прогресуючого поліостеоартрозу, більш виражені рентгенологічні зміни, зростали частота, тривалість загострень, що зумовили середній ступінь тяжкості перебігу хвороби. У хворих на ОА з віком зростали явища коморбідності та їх вираженість. Встановлено зростання цитокінового дисбалансу показників ТНФ- α ІЛ-1 β , ІЛ-4, ТФР- β 1 у пацієнтів з ОА з віком. Підтвердженням прихованих проявів запалення були показники СРП, ШОЕ. При легкому перебігу ОА та низькому рівні коморбідності встановлено позитивну динаміку рівнів про- і протизапальних цитокінів, СРП та залежність їх регресу від взаємообтяжливого доповнення цитокінової дисрегуляції явищами коморбідності, що сприяє прогресуванню ОА. У хворих на ОА за різних варіантів коморбідних процесів є багато причин для цитокінового дисбалансу в тканинах, які на початкових етапах та мінімальних проявах коморбідності мають хорошу зворотність у процесі лікування, легкий перебіг ОА і тривалі ремісії та залежність їх від кількості й вираженості коморбідних захворювань.

Висновки. У хворих на ОА зі зростанням тяжкості перебігу ОА, спектра і вираженості вікових коморбідних процесів зростає дисбаланс про- і протизапальних цитокінів у крові та стійкість їх регресу впродовж лікування ОА, на що впливають коморбідні процеси.

Результати. Після 1-го року локального застосування НКМ у хворих на ДОО із супутнім МС порівняно з контрольною групою спостерігали позитивну динаміку: значно зменшилася вираженість больового синдрому, знизилася всі гострофазові показники запалення та збільшилися об'єм і рухливість суглобів.

Висновки. Спираючись на отримані дані, в подальшому можна локально використовувати НКМ у лікуванні хворих на ДОО із супутнім МС.

МОЖЛИВОСТІ ЗАПОБІГАННЯ РОЗВИТКУ ТА ПРИГНІЧЕННЯ СИСТЕМНОЇ ІМУНОЗАПАЛЬНОЇ АКТИВАЦІЇ У ЧОЛОВІКІВ ІЗ ПОДАГРОЮ, АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ОЖИРІННЯМ

М.О. Вацеба

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Існує достатня доказова база про зв'язок між подагрою, артеріальною гіпертензією (АГ) та запальним процесом, який поглиблюється на тлі надмірної маси тіла.

Мета: визначення можливості запобігання розвитку та пригнічення системної імунізапальної активації (СІА) у чоловіків при поєднанні подагри, АГ та ожиріння.

Об'єкт і методи. Обстежено 40 чоловіків на подагру з АГ II стадії та ожирінням (I, II та III ступеня). Середній вік обстежених хворих становив 60,4 \pm 1,2 року. 15 здорових осіб слугували контролем норми показників. Хворі рандомізовані на дві групи: 1-ша група — 20 хворих, які отримували стандартну терапію (СТ): блокатор кальцієвих каналів — амлодипін 5–10 мг/добу, статин — аторвастатин 10–20 мг/добу, нетіазидний діуретик — індапамід 2,5 мг зранку, алопуринол 100–300 мг/добу; 2-га група — 20 хворих, які, окрім СТ, отримували додатково блокатори рецепторів ангіотензину II — лозартан 50–100 мг/добу та мельдонію дигідрат — 5 мл 10% розчину розводили у 15 мл 0,9% розчину натрію хлориду, вводили внутрішньовенно струминно протягом 10 днів, з подальшим переходом на капсульну форму — 250 мг 3 рази на добу протягом 1 міс всередину. До і після лікування проводили дослідження маркерів СІА — вміст ІЛ-6 та С-реактивного протеїну (СРП) у крові.

Результати. Встановлено, що СТ суттєво не впливає на рівень СРП та ІЛ-6 ($p > 0,05$). У 2-й групі хворих концентрація ІЛ-6 після 1-місячного лікування знизилася на 40,15% ($p < 0,001$), а після 6-місячного — на 62,10% ($p < 0,001$). Під впливом лозартану та мельдонію дигідрату вже після 1 міс СРП знижувався на 23,39% ($p < 0,001$), а після 6 міс — на 35,01% ($p < 0,001$). Таким чином, після 6-місячної комбінованої терапії з приєднанням лозартану та мельдонію дигідрату відзначено статистично значуще зниження концентрації окремих прозапальних цитокінів.

Висновки. Отримані результати свідчать про доцільність застосування в лікуванні хворих з подагрою, АГ та ожирінням препаратів, що мають коригувальний вплив на активність імунного запалення, а саме: застосування комбінації зі СТ лозартану та мельдонію дигідрату в ролі протизапальної терапії.

Перспективу подальших досліджень вбачаємо у вивченні стійкості цитокинового дисбалансу крові при тривалих термінах лікування залежно від вираженості вікових коморбідних процесів та вдосконалення лікувальних комплексів ОА ефективними засобами терапії при коморбідних станах.

ТОЛЕРАНТНІСТЬ ДО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ ТА ВИРАЖЕНІСТЬ ВТОМИ У ЖІНОК З ФІБРОМІАЛГІЄЮ ПРИ ВИКОНАННІ СУБМАКСИМАЛЬНОГО НАВАНТАЖУВАЛЬНОГО ТЕСТУ

О.В. Дзекан, М.А. Станіславчук

Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова

Хворим на фіброміалгію (ФМ) властиве зниження рухового режиму, зокрема через наявність хронічного больового синдрому. У результаті цього можливе менш ефективне використання кисню скелетними м'язами та серцем у забезпеченні енергоутворення в умовах фізичної активності. Втрата енергоефективності може призвести до зниження м'язової витривалості та серцевого викиду і, як наслідок, зниження максимального поглинання кисню (МПК) — інтегрального показника аеробної продуктивності організму.

Мета: дослідити толерантність до фізичного навантаження та вираженість втоми у жінок із ФМ при виконанні субмаксимального навантажувального тесту.

Об'єкт і методи. Досліджено 32 пацієнтки з ФМ. Діагноз встановлювали за критеріями ACR1990 та модифікованими критеріями ACR2010. Вік хворих становив $35,4 \pm 5,8$ (M \pm SD) року. Як контроль обстежено 30 здорових жінок віком $36,8 \pm 5,6$ року. Середня тривалість захворювання становила $4,4 \pm 1,7$ року.

Усім обстеженим проведено навантажувальний тест на велоергометрі («SCHILLER», Швейцарія) за методикою безперервного ступеневого зростання навантаження, починаючи з 25 Вт зі збільшенням навантаження на 25 Вт кожні 3 хв та періоду реституції. Навантажування збільшували до досягнення частоти серцевих скорочень 80% максимальної з урахуванням віку. До, під час велоергометрії та у період відновлення проводили вимірювання артеріального тиску кожні 3 хв та безперервний моніторинг ЕКГ. Визначали загальний час навантаження в секундах, толерантність до фізичного навантаження — в кгм/хв, МПК — в мл/хв/кг. Вираженість втоми оцінювали за шкалою Борга (G. Borg, 1982, 2005) по досягненню порогового навантаження з ранжуванням від 6 до 20 балів.

Результати. Встановлено, що пацієнтки з ФМ мають нижчу толерантність до фізичного навантаження, порівняно зі здоровими жінками ($614,6 \pm 23,2$ та $870,4 \pm 27,1$ відповідно; $p < 0,05$). Розрахований показник МПК також виявився нижчим у жінок з ФМ, ніж у здорових ($30,7 \pm 10,2$ та $38,8 \pm 11,2$ відповідно; $p < 0,05$). Незважаючи на те що у жінок з ФМ загальний час навантаження виявився меншим, порівняно зі здоровими ($527,4 \pm 124,5$ та $863,6 \pm 97,8$ відповідно; $p < 0,05$), рівень втоми у них був вищим відносно здорових осіб ($17,4 \pm 2,8$ та $12,3 \pm 3,1$ відповідно; $p < 0,05$).

Висновки. Пацієнтки з ФМ за результатами субмаксимального навантажувального тесту характеризуються значним зниженням толерантності до фізичного навантаження та вищим рівнем втоми, порівняно зі здоровими жінками.

ТРИВАЛІСТЬ ЖИТТЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ПРИ ХВОРОБАХ КІСТКОВО-М'ЯЗОВОЇ СИСТЕМИ ТА СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ В ДИНАМІЦІ ЗА ОСТАННІ П'ЯТЬ РОКІВ

А.П. Дорогой

ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України», Київ

За даними ДЗ «Центр медичної статистики» МОЗ України, середня очікувана тривалість життя (ТЖ) чоловіків і жінок в Україні менша, ніж у країнах Європейського регіону, на 6,6 та 4,8 року відповідно. При різних класах хвороб ТЖ різна і відрізняється від середнього показника померлих з усіх причин. Такі відмінності разом з іншими факторами (тимчасова втрата працездатності, інвалідність) визначають медико-соціальний статус і пріоритет тих чи інших хвороб.

Мета: провести аналіз середньої ТЖ при хворобах кістково-м'язової системи та сполучної тканини (ХКМССТ) і окремих нозологій залежно від статі, місця проживання (міська чи сільська місцевість) і працездатного віку.

Об'єкт і методи. Матеріалами для аналізу були офіційні дані Державної служби статистики та ДЗ «Центр медичної статистики» МОЗ України за 2010 і 2014 р. Розраховували середню ТЖ чоловіків та жінок з усіх причин смерті, при ХКМССТ, ТЖ у працездатному віці з аналізом непрожитих (втрачених) років до настання пенсії.

Результати. ТЖ при ХКМССТ за останні 5 років (2010–2014 рр.) збільшилася на 2,6 року (більше в міській, ніж у сільській місцевості), проте вона була і залишається нижчою, ніж ТЖ серед померлих від усіх причин. У 2010 р. різниця становила 15,2 року (відповідно 70,0 і 58,4 року), у 2014 р. — 13,2 (70,6 і 57,4) року. У 2014 р. пік смертності від усіх причин приходився на 75–79 років (17,4%), при ХКМССТ — на 50–54 роки (14,4%). Саме тому стосовно диспансеризації цей період життя пацієнтів слід вважати дуже важливим, особливо при системних хворобах сполучної тканини (коди М30–М36 за МКХ–10), включаючи системний червоний вовчак (М32), системний склероз (М34) та інші остеопатії (код М86–М90), особливо остеоітелі (М86) і остеонекроз (М87). При цій нозології найнижча середня ТЖ, у тому числі в осіб працездатного віку. У жінок вона досягала у 2014 р. 36,5 року при остеоітелі та 39,3 — при системному червоному вовчаку. У чоловіків така ТЖ не перевищувала 42,5 року. Пацієнти з ХКМССТ не доживають до пенсії 12–16 років, з системним червоним вовчаком — 16–17 років (таблиця). Потенційні втрати у 2014 р. досягали 2200 (непрожитих) років.

ТЖ при ХКМССТ у сільській місцевості нижча, ніж у міській, особливо у чоловіків, і досягала у 2014 р. 52,8 і 57,1 року, а при остеоітелі — 44,0 і 51,7 року відповідно.

Максимальний рівень смертності при ХКМССТ у чоловіків у містах припадав на віковий період 60–54 роки (19,9% усіх померлих), у селах — на 45–49 років (18,2% усіх померлих). Така різниця максимального рівня померлих, перш за все, стосувалася ревматоїдного артриту, системного червоного вовчака та остеоітелі. У жінок смертність за віком найбільш виражена при системному червоному вовчаку. У містах вона при-

ходилася на 55–59 років (16,7% усіх померлих), у селах — на вік 45–49 років (23,1% померлих).

Таблиця

Динаміка ТЖ чоловіків та жінок при ХКМССТ у міській та сільській місцевості

Хвороба	Роки	Чоловіки			Жінки		
		Тжср, роки	Тжпрац, роки	Ндж, роки	Тжср, роки	Тжпрац, роки	Ндж, роки
ХКМССТ	2010	51,8	44,3	15,7	56,7	42,8	12,2
	2014	54,7	45,1	14,9	58,3	43,0	12,0
	Δ, роки	2,9	0,9	–	1,6	0,2	–
Ревматоїдний артрит	2010	58,2	48,0	12	62,4	48,8	6,2
	2014	61,8	54	6	62,5	47,9	7,1
	Δ, роки	3,6	6,0	–	0,1	–0,9	–
Системний червоний вовчак	2010	39,4	33,3	26,7	43,7	38,6	16,4
	2014	49,3	42,5	17,5	47,3	39,3	15,7
	Δ, роки	9,9	9,2	–	3,6	0,7	–
Остеомієліт	2010	48,7	44,6	15,4	51,8	46,1	8,9
	2014	49,6	42,5	17,5	56,3	36,5	18,5
	Δ, роки	0,9	–2,1	–	4,5	–9,6	–
Інші ХКМССТ	2010	52,9	45,1	14,9	59,0	42,7	12,3
	2014	57,2	47,5	12,5	60,3	44,2	10,8
	Δ, роки	4,3	2,4	–	1,3	1,5	–

Тжср – тривалість життя середня; Тжпрац – у працездатному віці; Ндж – недожити до пенсії роки.

Висновки. Середня ТЖ пацієнтів із ХКМССТ значно менша за ТЖ померлих від усіх причин (70,6 і 54,8 року). Жінки не доживають до пенсійного віку в середньому 12,2 року (від 7,1 до 18,5 року), чоловіки — 14,9 року (від 6 до 17,5 року). Пік смерті у чоловіків та жінок припадає на 50–54 роки, що важливо враховувати при диспансерному спостереженні пацієнтів із ХКМССТ.

СВЯЗЬ ТЕЧЕННЯ СИСТЕМНОЇ КРАСНОЇ ВОЛЧАНКИ І СИСТЕМНОЇ СКЛЕРОДЕРМІЇ С ЕКОЛОГІЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ ОКРУЖАЮЩОЇ СРЕДИ ПРОЖИВАННЯ БОЛЬНИХ

М.В. Ермолаєва, Е.В. Ливенцова, В.Я. Микукстс, Т.Ю. Синяченко

Донецький національний медичний університет ім. Максима Горького, Красний Лиман

Цель: вивчити розповсюдженість системної червоної волчанки (СКВ) і системної склеродермії (ССД) в різних екологічних регіонах в залежності від несприятливих факторів оточуючої середовища (повітря, питтєвої води, ґрунту, ґрунтових вод) і проаналізувати вплив на цю статистику медичний показник ступеня розвитку окремих галузей промисловості, транспорту і сільського господарства.

Об'єкт і методи. Під наглядом знаходилися 194 хворих СКВ і 96 ССД. Гігієнічна оцінка антропогенного забруднення виконана санітарно-гігієнічними станціями і регіональними відділеннями Державних комітетів по гідрометеорології, контролю природної середовища і екологічної безпеки.

Результати. Розповсюдженість обох захворювань тісно пов'язана з розвитком в регіонах хімічної промисловості і виробництва будівельних матеріалів, з рівнями в атмосфері діоксида вуглецю і 3,4-бензпірена, з вмістом в ґрунті Ві і Со, а в ґрунтових водах — Ва і Ні. Ступінь забрудненості атмосфери в міських регіонах проживання хворих СКВ і ССД набагато вище, ніж в сільських, причому, особливо забрудненість оточуючої середовища визначає

формування в крові аутоантител, а інтегральні значення несприятливої екологічної ситуації в атмосфері впливають на розвиток і тяжкість ураження шкіри, серця і нирок, окремі галузі промисловості, транспорту і сільського господарства при СКВ — на зміни щитовидної залози, на виникнення асептичних остеонекрозів, нефротического синдрому, порушеної електричної провідності серця, легочної гіпертензії і диастолічної дисфункції лівого шлуночка. Пацієнти з СКВ і ССД із сільських регіонів порівняно з міськими мешканцями вживають питтєву воду з більшою мінералізацією в 2–2,5 рази, в 2–3 рази більшою жорсткістю, в 9–10 раз — вмісту нітратів, в 2,5–3 рази — хлоридів, в 2–2,5 рази — сульфатів і фосфатів, причому нітрати впливають на виникнення СКВ в молодому віці, частоту летальності, адсорбційно-реологічні властивості крові, рівень нітратемії, який безпосередньо корелює з показниками антител до нативної дезоксирибонуклеїнової кислоти і кардіоліпіну, тяжкістю ураження легких (ССД), селезінки і нирок (СКВ). Серед 16 досліджуваних токсичних і есенціальних мікроелементів в ґрунті регіонів проживання хворих СКВ тільки рівень Ві в містах достовірно нижче, ніж в сільських районах, а на 83% більше параметри в ґрунтових водах Li, в 2 рази — Ti і в 9 раз — Zn, показники яких визначають початок захворювання (Be, Cu), летальність хворих (концентрації Li, Ni, Pb в підземних водах), формування антиядерних аутоантител (Ba, Be, Li, Ti, V), фізико-хімічні адсорбційно-реологічні і в'язкоеластичні властивості сироватки крові, розвиток і тяжкість ураження окремих клінічних ознак захворювання, впливаючи на вміст Ва, Li і Pb в волосі і крові пацієнтів, від яких залежить перебіг патологічного процесу. Якщо вміст Si в волосі при СКВ і ССД не змінюється, то його рівень в крові достовірно зростає відповідно на 71 і 83%, що пов'язано з віком хворих, ступенем активності захворювання, концентрацією в ґрунті Ва, Li, Sn і Zn в крові, а показники в волосі визначаються характером перебігу патологічного процесу, тяжкістю ураження щитовидної залози і нирок, наявністю легочної гіпертензії і впливом розвитку в регіоні проживання пацієнтів з системними захворюваннями з'єднаної тканини виробництва будівельних матеріалів з викидом в атмосферу кремнезема, параметрами в ґрунті Cr і V.

ПЕРЕБІГ ОСТЕОАРТРОЗУ ПРИ МЕТАБОЛІЧНОМУ СИНДРОМІ

Л.Н. Єфременкова, О.О. Якименко, Л.В. Закатова

Одеський національний медичний університет

Мета: вивчення особливостей перебігу остеоартрозу (ОА) колінних суглобів за наявності метаболічного синдрому (МС), зокрема аналіз параметрів, асоційованих із прогресуванням ураження суглобового хряща.

Об'єкт і методи. Обстежено 25 пацієнтів з ОА колінних суглобів та МС (6 чоловіків та 19 жінок), середній вік обстежених 55,3±0,9 року. Вивчали інтенсивність больового синдрому за 10-бальною візуально-аналоговою шкалою (ВАШ), якість життя (індекс Лекена, індекс EuroQoL-5D). Досліджували рівні глюкози, інсуліну, лептину, С-реактивного білка (СРБ), інтерлейкі-

на-1 (ІЛ-1), проводили рентгенографію колінних суглобів. Повторне рентгенологічне дослідження з оцінкою динаміки суглобової щілини проводили через 2 роки. У дослідження включені хворі на ОА І–ІІ рентгенологічної стадії за J.H. Kellgren та J.S. Lawrence. Проаналізували інтенсивність больового синдрому, якість життя, рівень деяких адипокінів та маркерів запалення на початку дослідження у хворих за наявності та відсутності негативної рентгенологічної динаміки.

Результати. При рентгенологічному дослідженні через 2 роки негативну динаміку рентгенівської суглобової щілини спостерігали у 5 (20%) обстежених хворих, у 20 (80%) — динаміка рентгенограм була відсутня.

Зіставлення вивчених показників свідчить, що на початку дослідження у хворих із негативною рентгенологічною динамікою порівняно зі хворими без неї спостерігався достовірно більш інтенсивний больовий синдром — інтенсивніший біль за ВАШ ($5,5 \pm 0,4$ та $2,2 \pm 0,2$ відповідно), нижча якість життя — вищі альгофункціональний індекс Лекена ($12,7 \pm 0,9$ та $5,7 \pm 0,6$ відповідно) та індекс EuroQol-5D ($5,9 \pm 0,5$ та $2,4 \pm 0,1$ відповідно), скрізь $p < 0,05$. У групі з негативною динамікою достовірно вищі рівні інсуліну ($21,9 \pm 0,19$ та $16,4 \pm 0,12$ мкМО/мл), індекс НОМА ($4,9 \pm 0,3$ та $3,8 \pm 0,1$), лептину ($16,3 \pm 0,4$ і $10,9 \pm 0,5$ нг/мл), СРБ ($9,9 \pm 0,05$ і $4,1 \pm 0,07$ мг/л) та ІЛ-1 ($15,9 \pm 1,2$ і $9,9 \pm 0,6$ пг/мл відповідно), скрізь $p < 0,05$.

Висновки. Таким чином, негативна рентгенологічна динаміка у хворих на ОА при МС асоціюється з більш інтенсивним больовим синдромом, нижчою якістю життя, високими рівнями лептину та прозапальних цитокінів (СРБ та ІЛ-1), більш вираженою інсулінорезистентністю. Інтенсивність больового синдрому в суглобах є інтегральним предиктором несприятливого перебігу хвороби. Наявність інсулінорезистентності (високий рівень інсуліну та індексу НОМА) порушує співвідношення ростових факторів, анаболічних та катаболічних стимулів, що впливають на метаболізм хондроцитів і опосередковано — всього суглобового хряща. Лептин безпосередньо негативно впливає на метаболізм суглобового хряща, причому цей вплив не залежить від маси тіла, тобто при інших рівних умовах у осіб із високим рівнем лептину більша швидкість ураження суглобового хряща. Асоціація з прогресуванням ураження суглобового хряща високих рівнів СРБ та ІЛ-1 може бути пов'язана з їх багатограничним негативним впливом на метаболізм суглобового хряща.

ПЕРЕВАГИ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНОВАНОЇ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ПРИ РЕВМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ

О.В. Заремба-Федчишин, О.В. Федчишин

Мета: визначити ефективність лікування пацієнтів із ревматологічними захворюваннями (РЗ) шля-

хом оцінки лабораторних показників при застосуванні комбінованого препарату Мовекс Актив (МВА) та Мовекс Комфорт (МВК).

Об'єкт і методи. У порівняльне дослідження включено 45 пацієнтів із РЗ, з них — 23 жінки та 22 чоловіки. Середній вік становив $56,47 \pm 8,07$ року. Ревматоїдний артрит (РА) відзначено у 7 (15,5%), подагру — у 5 (11,1%), ревматизм (гостра ревматична лихоманка, хронічна ревматична хвороба серця) — у 20 (44,4%), остеоартрит — у 7 (15,55%), анкілозивний спондилоартрит — у 3 (6,6%), системний вовчак — у 2 (4,4%), склеродермію — у 1 (2,2%) хворого. Згідно з призначеним лікуванням усіх пацієнтів розподілено на дві групи:

1-ша група ($n=32$), основна, в яку ввійшли хворі, які отримували, крім стандартної терапії (СТ), МВА та МВК — це комплексні засоби із протизапальною дією та хондропротекторними і знеболювальними властивостями, що захищають хрящову тканину і стимулюють її регенерацію. Препарати уповільнюють процеси резорбції кісткової тканини і пошкодження хрящової тканини, а також сприяють відновленню функції суглобів. МВА містить диклофенак, глюкозамін і хондроїтин сульфат, МВК — лише глюкозамін та хондроїтин сульфат. Схема застосування: 1 таблетка 3 рази на добу.

2-га група ($n=13$), порівняння — хворі отримували СТ з окремим застосуванням нестероїдного протизапального препарату (диклофенак), хондроїтину та глюкозаміну сульфату.

Умови включення у дослідження: наявність підтвердженого РЗ, згідно з визначеними діагностичними критеріями РЗ, відсутність прийому препаратів із протизапальною дією протягом останнього місяця. Контроль лабораторних показників здійснювали тричі — при госпіталізації, через 10 днів лікування, через 30 днів від моменту попереднього визначення.

Результати. Аналіз результатів показав, що, крім покращення клінічних показників, призначення МВА та МВК сприяло вираженому зниженню показників запального процесу, на відмінну від групи порівняння (таблиця).

Висновки. Вищевикладені результати дослідження демонструють високу ефективність комбінованих препаратів МВА та МВК порівняно з окремим прийомом комплексу диклофенак + хондроїтин сульфат + глюкозамін та хондроїтин сульфат + глюкозамін, призводить до більш суттєвого регресу показників лабораторної активності запального процесу, а саме у процесі лікування ШОЕ знизилася на 35,95 та 50,94%, СРБ — на 61,93 та 67,23%, РФ — на 44,05 та 48,39%, АСЛО — на 15,06 та 28,44%, СК — на 25,96 та 32,38. Прийом одного препарату має переваги для пацієнтів і в психологічному плані та є більш економічно вигідним, що полегшує контроль над перебігом хвороби та підвищує прихильність пацієнта до лікування РЗ. Постійний контроль над перебігом РЗ дозволяє точніше прогнозувати подальший його розвиток, адекватно коригувати лікувальні заходи з метою запобігання ускладненням, а активне спо-

Таблиця

Показник	Оцінка отриманих результатів залежно від схеми лікування РЗ					
	До лікування		На 10-й день		Через 30 днів	
	1-ша група	2-га група	1-ша група	2-га група	1-ша група	2-га група
ШОЕ, мм/год	32,35±8,63	31,58±7,32	20,72±3,56	23,63±6,72	15,87±4,11	20,53±6,33
СРБ, мг/л	15,84±6,13	16,57±6,03	6,03±2,27	6,35±4,45	4,89±2,97	6,92±3,82
РФ, МО/л	38,73±10,53	36,83±11,96	21,67±9,64	24,87±10,96	19,99±3,62	22,73±8,36
АСЛО, МО/л	312,72±49,53	298,61±52,09	265,67±39,78	289,42±44,95	223,78±32,63	265,37±53,72
СК, мкмоль/л	510,86±61,65	503,83±69,69	378,46±65,43	392,54±56,38	345,53±47,84	367,83±51,83

нукання до лікування РЗ на поліклінічному етапі лікарями загальної практики сприятиме поліпшенню прогнозу захворювання, покращить якість і тривалість життя цієї чисельної категорії населення.

КРІОГЛОБУЛІНЕМІЧНИЙ ВАСКУЛІТ — ПРОЯВ МАКРОГЛОБУЛІНЕМІЇ ВАЛЬДЕНСТРЕМА (КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ)

О.О. Зімба

*Львівський національний медичний університет
ім. Данила Галицького*

Макроглобулінемія Вальденстрема — В-клітинна лімфолазмоцитарна лімфома із залученням у пухлинний процес кісткового мозку та патологічною секрецією IgM — рідкісна хвороба з частотою 3 випадки на 1 млн населення. Причини виникнення макроглобулінемії Вальденстрема не відомі, серед можливих етіологічних стимулів розглядається персистенція вірусів гепатиту С, Епштейна — Барр, а також вплив ксенобіотиків (професійні шкідливості, медикаменти). До клінічних проявів хвороби належить кріоглобулінемія I та II типу. За наявності кріоглобулінемії II типу, змішані кріоглобуліни якої є справжніми імунними комплексами, можливий розвиток кріоглобулінемічного васкуліту.

Мета: демонстрація клінічного випадку макроглобулінемії Вальденстрема з клінічною маніфестацією хвороби у вигляді кріоглобулінемічного васкуліту.

Об'єкт і методи. Проаналізоване власне спостереження макроглобулінемії Вальденстрема з вивченням клінічних, лабораторних, інструментальних даних.

Результати. Чоловік віком 54 роки, в анамнезі життя — професійні шкідливості — тривалий контакт із синтетичними фарбами, розчинниками (сольвент, скипидар, ацетон), клеєм, бензином, гарячими пластмасовими виробами. Хворіє з вересня 2012 р., коли вперше з'явилися холодова кропив'янка та синдром Рейно. З липня 2013 р. — рецидивуюча геморагічна пурпура, некротичні виразки в ділянці колін, гомілок, задньої поверхні п'яток, вушних раковин. Турбували різка загальна слабкість, схуднення, виділення кров'яних згустків із носа, біль та набряк лівого гомілково-ступневого суглоба. Спостерігалася непереносимість холоду; позитивні імунологічні холодові проби на істинну холодову преципітацію, змішана кріоглобулінемія II типу. Неодноразово консультований лікарями різних спеціальностей зі встановленням суперечливих діагнозів (кропив'янка; есенціальний кріоглобулінемічний васкуліт; недиференційована системна хвороба сполучної тканини; хвороба Рейно; саркома Капоші; вірусне імунодефіцитне порушення за лімфоцитарним типом). Гістологічне дослідження шкірно-м'язового фрагменту в ділянці виразково-некротичних змін — васкуліт судин дрібного калібру. У квітні 2014 р. проведено комплексне імунологічне дослідження, яке показало різке збільшення кількості В-лімфоцитів — 93,1% (референтний інтервал 5–14%) та рівня IgM — 12,59 г/л (референтний інтервал 0,40–2,30). Зазначені зміни, а також наявність кріоглобулінемії як основного клінічного синдрому дозволили припустити можливість макроглобулінемії Вальденстрема. Діагноз підтверджений результатами дослідження кісткового мозку з виявленням дифузної проліферації лімфоїдних клітин.

Висновки. Наявність змішаної кріоглобулінемії з клінічними проявами кріоглобулінемічного васкуліту

потребує виключення лімфопроліферативних хвороб, зокрема макроглобулінемії Вальденстрема.

РЕЗУЛЬТАТИ КОМБІНОВАНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗІ З СУПУТНЬОЮ ДИСЛІПІДЕМІЄЮ

**К.А. Іванова Г.О. Проценко, С.О. Коваленко,
В.В. Качур**

*ДУ «Національний науковий центр «Інститут
кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України», Київ*

На сьогодні остеоартроз (ОА) — найбільш поширене захворювання суглобів, що уражає не менше 20% населення світу. Часто пізня діагностика та малоєфективна терапія призводять до зниження якості життя, тривалої втрати працездатності та інвалідизації, особливо в осіб працездатного віку, а наявність супутньої дисліпідемії сприяє пришвидшенню цих процесів та погіршенню перебігу захворювання.

Мета: на основі динамічного спостереження оцінити ефективність застосування фібрів у пацієнтів з ОА та дисліпідемією за допомогою клінічного, лабораторного та інструментального методів дослідження.

Об'єкт і методи. Обстежено 30 хворих із достовірним діагнозом ОА із синовітом колінних суглобів та порушенням ліпідного обміну, середній вік — 52,94±4,61 року, серед яких переважали жінки — 80% (n=24) віком 54,29±3,04 року, чоловіки — 20% (n=6) віком 51,42±4,28 року. Усім пацієнтам з метою гіполіпідемічного ефекту призначали фенофібрат по 1 капсулі (250 мг) на добу протягом 3 міс. З метою корекції показників ліпідного обміну у хворих основної групи поряд із застосуванням гіполіпідемічного препарату використовували дієтотерапію, з метою протизапального ефекту застосовували нестероїдні протизапальні препарати курсом 10–14 днів, далі — за потребою.

Результати. Встановлено, що у хворих на ОА, синовіт та дисліпідемію застосування засобу фіброєвої кислоти (фенофібрат по 250 мг 1 раз на добу) сприяло достовірному зниженню ЗХС на 16,29% (p<0,05) через 3 міс, ХС ЛПНЩ — на 31,15% (p<0,02), тригліцеридів — на 35,51% (p<0,01), ХС ЛПДНЩ — на 33,33% (p<0,01), індексу атерогенності — на 37,56% (p<0,05) відповідно. Встановлено, що застосування гіполіпідемічної терапії у вигляді фенофібрату у комплексі з дієтотерапією та НПЗП сприяє достовірному зниженню атерогенних фракцій ліпідів у максимальних значеннях як в кінці курсу лікування, так і через 3 міс застосування.

Щодо суглобового синдрому у проведеному дослідженні позитивна динаміка проявлялася достовірними змінами індексу M. Lequesne, що в процесі лікування знизився на 37,6% (p<0,01) через 3 міс. Інтенсивність болю в суглобах, оцінена за шкалою ВАШ, достовірно знизилася на 51,9% (p<0,01), значно збільшилися обсяги рухів у суглобах. За даними УЗД, встановлено зменшення кількості випоту у верхньому завороті колінних суглобів на 35%. При лабораторній оцінці визначення ефективності фенофібрату встановлено його позитивний вплив на рівні ШОЕ та СРП, нормалізацію показників.

Висновки. Отже, у хворих на ОА часто виявляється дисліпідемія, що характеризується не лише порушеннями у ліпідному обміні крові, але й забезпечує більш несприятливий клінічний перебіг ОА. Застосування комплексної терапії, що полягає у призначенні гіполіпідемічної терапії в поєднанні із застосуванням

фенофібрату та холестеринзнижувальної дієти і НПЗП, дозволить знизити не тільки ліпіди у сироватці крові, цитокіни, але й забезпечить хорошу переносимість та достатню ефективність лікування, більш сприятливий перебіг захворювання.

МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНА ТОМОГРАФІЯ В ДІАГНОСТИЦІ ЗАПАЛЬНИХ ЗМІН У ПАЦІЄНТІВ З АНКІЛОЗИВНИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ ТА ЇХ ЗВ'ЯЗОК З АКТИВНІСТЮ ЗАХВОРЮВАННЯ

С.О. Коваленко, Г.О. Проценко, В.В. Качур, К.А. Іванова

ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України», Київ

Анкілозивний спондилоартрит (АС) — хронічне ревматичне запальне захворювання, що уражає осьовий скелет, великі периферичні суглоби, ентезиси та належить до групи серонегативних спондилоартритів, що мають спільні клінічні, серологічні, генетичні риси та призводять до порушення мобільності хребта з подальшим розвитком його анкілозу.

Мета: дослідити зміни у структурах хребта за допомогою МРТ залежно від тривалості захворювання та визначити їх зв'язок із клініко-функціональними змінами.

Об'єкт і методи. Клінічні (індекс BASDAI, BASFI), гоніометричні показники рухомості хребта (модифікований тест Шобера, бокове згинання, оцінка екскурсії грудної клітки, проба Форестье, ротація в шийному відділі хребта, індекс BASMI), лабораторні (визначення ШОЕ, СРП), МРТ (хребта, ККЗ), статистичний (оброблення результатів за допомогою комп'ютерної програми Microsoft Excel 2007, «Statistica 6.0»).

Результати. За даними МРТ, виявлена достовірна різниця між показниками у групах з активним запальним процесом (набряк кісткового мозку) та без ознак активного запалення (жирова інфільтрація). Оцінка активності хвороби значно вища у пацієнтів з активним запальним процесом на МРТ у групах із тривалістю захворювання 11–15 та більше 15 років, при цьому в групі без ознак активного запалення на МРТ поступове зниження показників починається вже після 10 років хвороби. При відсутності ознак активного запалення спостерігається зменшення вираженості болю у хребті при тривалості захворювання більше 10 років. У групі з активним запальним процесом на МРТ при тривалості захворювання більше 15 років цей показник залишається значно вищим. У пацієнтів з ознаками активного запалення на МРТ рівень ранкової скутості у хребті достовірно вищий у групі з тривалістю АС 11–15 років, що свідчить про взаємозв'язок між запаленням у структурах хребта та відчуттям скутості в ньому.

Висновки. Набряк кісткового мозку та післязапальна жирова інфільтрація за даними МРТ — специфічні для раннього виявлення АС та можуть використовуватися для визначення загальної активності захворювання, що корелює з вираженістю функціональних порушень, а також для вибору лікування та моніторингу його ефективності.

МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН МАГІСТРАЛЬНИХ АРТЕРІЙ І СИСТЕМНА ГЕМОДИНАМІКА У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

В.Є. Кондратюк, А.М. Синяченко, В.О. Коржук

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Київ

За даними численних досліджень, інтегральним показником серцево-судинного ризику сьогодні вважається жорсткість артерій, яка підвищується у хворих на ревматоїдний артрит (РА) частіше і швидше, ніж у загальній популяції, що пов'язано з прогресуванням атеросклерозу внаслідок хронічного аутоімунного запалення. Разом з тим питання щодо особливостей функціонального стану великих артерій залежно від віку, давності та активності РА залишаються відкритими.

Мета: вивчити особливості центральної гемодинаміки та структурно-функціонального стану магістральних артерій у хворих на РА порівняно зі здоровими особами, залежно від віку та клініко-імунологічної характеристики.

Об'єкт і методи. Обстежено 55 хворих на РА (25 чоловіків і 30 жінок, середній вік — 53,1±14,3 року), середня тривалість РА 8,3±7,9 року. Серопозитивний варіант за ревматоїдним фактором (РФ) і антитілами до циклічного цитрулінового поліпептиду (Anti-CCP) мав місце у 23 і 22 хворих відповідно. За рівнем активності за DAS28: низька, помірна та висока у 15; 25 і 15 пацієнтів відповідно. Контрольна група — 29 практично здорових осіб (13 чоловіків і 16 жінок, середній вік — 47,1±11,1 року). Проводили вимірювання артеріального тиску (АТ), дуплексне сканування загальних сонних артерій, визначали діаметр аорти та досліджували параметри жорсткості артерій за допомогою аплаційної тонометрії: центральний аортальний тиск (ЦАТ), швидкість пульсової хвилі (ШПХ) та індекс аугментації (Aix).

Результати. Систолічний (САТ) і пульсовий АТ (ПАТ) на брахіальній артерії у хворих і здорових осіб зіставні та відповідали нормі. Проте центральний САТ у хворих на РА значно перевищував показники контрольної групи (119,0±9,6 проти 105,8±8,2 мм рт. ст.; $p < 0,001$). Зменшення різниці ПАТ-ЦПАТ на 65% порівняно зі здоровими особами може вказувати на порушення еластичних властивостей артерій. Наявність РА супроводжувалася збільшенням розміру аорти (3,2±0,3 проти 2,8±0,1; $p < 0,05$) і частоти виявлення атеросклеротичних бляшок (18% проти 4%). У хворих на РА порівняно з контролем ШПХ і Aix були вищими (6,4±1,6 м/с проти 3,1±1,0 м/с; 34,3±11,9 проти 24,6±7,7 ум. Од; обидва $p < 0,05$). Ця закономірність найбільш виражено простежувалася у пацієнтів із тривалістю хвороби більше 5 років, проте патологічні значення показників відзначалися і при малій тривалості РА (від 2 до 5 років), що відображає порушення пружно-еластичних властивостей артеріальної стінки вже у дебюті захворювання. Значення ШПХ і Aix зростали з віком пацієнтів: були вищими в похилому віці порівняно з середнім (6,9±1,4 м/с проти 5,1±1,0 м/с; 34,3±9,2 проти 29,1±11,2 ум. од.; обидва $p < 0,05$). Наявність РФ та Anti-CCP поєднується зі: збільшен-

Стандартизовані показники смертності і структура при ХКМССТ (2005 і 2014 р.)

Код МКХ-10	Хвороба	2005			2014		
		осіб	На 100 тис. населення	%	осіб	На 100 тис. населення	%
M00–M99	ХКМССТ	760	1,613	100	519	1,207	100
M05–M14	Запальні поліартропатії	300	0,637	39,5	177	0,412	34,1
M30–M36	СХСТ	265	0,563	34,9	184	0,428	35,5
M86–M90	Інші остеопатії	86	0,183	11,3	56	0,130	10,8
M45–M49	Спондилопатії	30	0,064	3,9	42	0,098	8,1
M15–M19	Артрози	26	0,055	3,4	14	0,033	2,7
M00–M03	Інфекційні артропатії	16	0,034	2,1	5	0,012	1,0
M40–M43	Деформівні дорсопатії	15	0,032	2	8	0,019	1,5
	Усі інші нозології	22	0,045	2,9	33	0,077	6,4

Шляхом моніторингу встановлено зниження стандартизованих показників смертності при ХКМССТ за останні 10 років на 25,2%, у міській місцевості — на 18,5%, у сільській — на 36,3% (!) з більшою перевагою серед чоловіків порівняно з жінками (45,6 і 29,8% відповідно).

Висновки. За останні 10 років у структурі смертності при ХКМССТ на перше місце вийшли СХСТ (35,5%). Частка спондилопатії збільшилася від 3,9 до 8,1. Стандартизовані показники смертності при ХКМССТ за останні 10 років стабільно знижувалися, причому більше в сільській місцевості.

ГЕНДЕРНІ ТА ВІКОВІ ВІДМІННОСТІ СМЕРТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ПРИ ХВОРОБАХ КІСТКОВО-М'ЯЗОВОЇ СИСТЕМИ ТА СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

В.М. Корнацький, А.П. Дорогой, Д.М. Мороз

ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України», Київ

Поширеність хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини (ХКМССТ) серед населення України постійно зростає. У 2014 р. показники становили 3 390 800 осіб або 9603,3 на 100 тис. населення. Захворюваність, навпаки, має тенденцію до зниження. У 2013 і 2014 р. показники в абсолютних величинах становили 1 198 243 і 1 045 629 відповідно (–12,7%), у стандартизованих показниках 3205,4 і 2961,4 (–7,6%). З медико-соціальної точки зору важливу інформацію мають гендерні відмінності ХКМССТ, особливо в питаннях смертності.

Мета: проаналізувати гендерні особливості показників смертності в динаміці за останні 10 років (2005–2014).

Об'єкт і методи. Матеріали для аналізу були надані Державною службою статистики та ДЗ «Центр медичної статистики» МОЗ України. Розраховували загальні відмінності смертності чоловіків та жінок при ХКМССТ, залежно від місця проживання, та особливості повікової смерті з інтервалом 5 років.

Результати. Серед усіх 760 померлих від ХКМССТ у 2005 р. чоловіків було 39,1%, жінок — 60,9%, в 2014 р. серед 519 померлих осіб чоловіки становили 38,7%, жінки — 61,3%. Стандартизовані показники смертності

ням ШПХ (6,4±1,1 м/с проти 4,8±1,0 м/с; 6,6±1,2 проти 4,7±1,0 м/с; обидва $p < 0,05$). Встановлено прямий зв'язок між ШПХ і віком пацієнтів та тривалістю РА (відповідно $r=0,31$ і $r=0,42$; обидва $p < 0,05$).

Висновки. РА характеризується порушенням морфофункціонального стану магістральних артерій, що порівняно зі здоровими особами проявляється збільшенням ШПХ (на 50%), збільшенням діаметру аорти (на 13%), більш частим виявленням атеросклеротичних бляшок (у кожного п'ятого хворого). Для РА притаманною є невідповідність між величинами брахіального і центрального пульсового АТ. Властиве для РА зростання жорсткості артерій збільшується з віком. Встановлена залежність між клініко-імунологічною характеристикою РА та вираженістю порушень структурно-функціонального стану магістральних артерій: наявність РФ та Anti-CCP поєднується зі збільшенням: ШПХ відповідно на 25 і 28%, зростанням ЦАТ, що можна вважати маркером тяжкості перебігу патології.

МОНІТОРИНГ СТАНДАРТИЗОВАНИХ ПОКАЗНИКІВ СМЕРТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ПРИ ХВОРОБАХ КІСТКОВО-М'ЯЗОВОЇ СИСТЕМИ ТА СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ЗА ОСТАННІ 10 РОКІВ

В.М. Корнацький, А.П. Дорогой, Т.С. Манойленко, Д.М. Мороз

ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України», Київ

В Україні починаючи з 2005 р. стандартизовані показники смертності від усіх причин серед чоловіків і жінок у міській та сільській місцевості почали знижуватися. За перші 5 років (2005–2009) показники знизилися на 7,6% (від 1660,0 до 1534,6 на 100 тис. населення), за другі (2010–2014) — на 3,4% (від 1522,2 до 1470,4 на 100 тис. населення), в цілому за 10 років — на 11,4%. Характерно, що зниження смертності відзначене практично при всіх провідних класах хвороб, включаючи і хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (ХКМССТ) (ХІІІ клас, код M00–M99 за МКХ-10 перегляду).

Мета: провести аналіз результатів моніторингу структури і смертності при ХКМССТ при провідних нозологіях цього класу хвороб.

Об'єкт і методи. Матеріали для аналізу надані Державною службою статистики та ДЗ «Центр медичної статистики» МОЗ України за відповідні роки. Розраховували структуру смертності при ХКМССТ за 2005 і 2014 р., динаміку змін (у %) стандартизованих показників смертності за перші і другі 5 років та в цілому за 10 років.

Результати. Нозологічна структура смертності протягом 10 останніх років зазнала деяких характерних змін (таблиця). У структурі смертності у 2014 р. першу сходинку зайняли системні хвороби сполучної тканини (СХСТ), запальні поліартропатії — друге місце. Частка спондилопатії у структурі збільшилася від 3,9 до 8%, одночасно підвищилися стандартизовані показники смертності на 52,6% (у міській місцевості — на 86,2%, у сільській — на 21,6%) за рахунок інших запальних спондилопатій (код M46) і анкілозивного спондиліту (код M45.X).

Гендерні та вікові відмінності смертності населення України при ХКМССТ

Роки	Чоловіки						Жінки					
	Усі поселення		Міські		Сільські		Усі поселення		Міські		Сільські	
	п	на 100 тис.	п	на 100 тис.	п	на 100 тис.	п	на 100 тис.	п	на 100 тис.	п	на 100 тис.
2005	297	1,364	183	1,245	114	1,612	463	1,828	289	1,676	174	2,151
2009	225	1,059	142	0,981	83	1,224	432	1,742	272	1,592	160	2,073
Δ, %	-24,2	-22,4	22,4	-21,2	-27,2	-24,1	-6,7	-4,7	-5,9	-5,0	-8,0	-3,6
2010	241	1,138	166	1,15	75	1,113	386	1,563	254	1,49	132	1,726
2014	201	1,009	146	1,07	55	0,877	318	1,377	212	1,32	106	1,509
Δ, %	-16,6	-11,3	-12	-7	-26,7	-21,2	-17,6	-11,9	-16,5	-11,4	-19,7	-12,6
Δ, %*	-32,3	-26,0	-20,2	-14,1	-51,8	-45,6	-31,3	-24,7	-26,6	-21,2	-39,1	-29,8

Δ, % розраховано до попереднього року; Δ, %* – розраховано 2005 і 2014 р.

ті у 2005 р. у чоловіків та жінок становили 1,364 і 1,828 на 100 тис. відповідного населення, у 2014 р. — 1,009 і 1,377. Показники смертності у жінок були вищими, ніж у чоловіків, на 34 і 36,5% відповідно, причому це більше відзначали у сільській, ніж у міській місцевості.

Динаміка зниження смертності в цілому за останні 5 і 10 років була практично однакова (таблиця). Відмінності в динаміці смертності залежали від місця проживання. За останні 10 років у чоловіків — міських мешканців показники знизилися на 14,1%, у жінок — на 21,2%, у чоловіків сільської місцевості — на 45,6%, жінок — 29,8%. Отже, у жінок — мешканок міста зниження смертності було більш суттєвим, ніж у чоловіків, а в сільських чоловіків більше, ніж у сільських жінок.

Встановлені відмінності серед чоловіків і жінок у максимальних відсотках смертності за віком з інтервалом 5 років. Для жінок це був віковий період 55–59 років (у містах 55–59, у селах — 50–54 роки), для чоловіків — 60–64 років (у містах 60–64, у селах — 45–49). Отже, в містах жінки вмирають на 5 років раніше ніж чоловіки, а в селах — чоловіки на 5 років раніше, ніж жінки.

Висновки. При ХКМССТ смертність у жінок вища, ніж у чоловіків, як у міській, так і в сільській місцевості. Гендерна динаміка смертності за останні 10 років залежала від місця проживання. У міських жінок зниження смертності було більш суттєвим, ніж у чоловіків, а у сільських чоловіків більше, ніж у сільських жінок. У містах жінки вмирали на 5 років раніше, ніж жінки, а в селах — навпаки.

ПРОГНОСТИЧНІ ФАКТОРИ ПРИ ЛЕЙКОЦИТОКЛАСТИЧНОМУ ВАСКУЛІТІ

А.П. Кузьміна

ДЗ «Дніпропетровська медична академія»
МОЗ України, ФПО, Кривий Ріг

Лейкоцитокластичний васкуліт (ЛВ) — запальне захворювання дрібних судин внаслідок опосередкованого осадження імунних комплексів. Хронічний рецидивний перебіг, надмірне різноманіття морфологічної симптоматики притаманні саме ЛВ. Ураження часто обмежується шкірою, але можуть бути залучені інші органи. Природний хід шкірних ушкоджень непрогнозований. Діагноз ЛВ включає гетерогенну групу пацієнтів, які мають різні синдроми васкуліту, різні причини хвороби та супутні стани. Фактори ризику відрізняються у пацієнтів із негативним прогнозом, із доброякісним перебігом, із використанням нестандартизованої терапії.

Мета: ідентифікація прогностичних факторів ризику для системного залучення при ЛВ.

Об'єкт і методи. 200 (92 особи жіночої статі) пацієнтів зі шкірним ЛВ (відбирали протягом 10 років). Пацієнти в категоріях шкірний/системний васкуліт і гострий/хронічний шкірний васкуліт були відібрані для порівняльного аналізу. Клінічне дослідження проводили відповідно до стандартної анкети. Лабораторні дослідження включали: швидкість осідання еритроцитів; протромбін і частковий тромбoplastинний час; біохімічне дослідження крові; електрофорез білків у сироватці крові; визначення в сироватці крові імуноглобулінів; ревматоїдного фактора, антінуклеарних антитіл, анти-ДНК, анти-Ро- і анти-La-антитіл, кріоглобуліну, антикардіоліпіну, антинейтрофільних цитоплазматичних аутоантитіл (ANCA), спонтанної агрегації. З метою підтвердження гепатиту призначали серологічне визначення вірусу імунодефіциту людини, вірусу гепатиту В (HBV), С (HCV). У 25 пацієнтів із рецидивним перебігом проведено біопсію шкіри (зразок 5 мм) та гістопатологічне дослідження (наявність запального інфільтрату, який складався з нейтрофілів, фрагментів ядер на зразок «ядерного пилу», некрозу стінок судин).

Результати. Причину захворювання визначено лише у 50% хворих. До можливих причин, що сприяли розвитку ЛВ, у пацієнтів відносили вірусний гепатит В, С та інші інфекції, системні хвороби сполучної тканини, ревматологічні захворювання, запальні захворювання кишечника. Серед учасників дослідження відзначалося різноманіття проявів ЛВ, у тому числі ознак системного ураження (25%). Середня тривалість шкірного васкуліту становила 7,5 міс (діапазон від 4 тиж до 20 міс). Пурпура була найпоширенішим ураженням шкіри, у половини хворих супроводжувалася субфебрилітетом та суглобовим синдромом. 10% пацієнтів мали виразки та шкірний некроз.

Результати лабораторних досліджень свідчили про зсуви в аналізах крові: зростання швидкості осідання еритроцитів в діапазоні 24–35 мм/год; розвиток анемії хронічної хвороби (25%); лейкоцитоз та гіпертромбоцитоз (10%); підвищення рівня трансаміназ (20%); α₂-глобуліну (25%); гіпергаммаглобулінемія (>25 г/л) (25%), надмірне зростання циркулюючих імунних комплексів (ЦІК), кріоглобулінемія (діапазон 98–114 мкг/мл) у 75% пацієнтів.

Висновок. У пацієнтів із ЛВ кріоглобулінемія, спонтанна агрегація, а також тривало існуючий надмірний рівень ЦІК підвищують ризик виникнення шкірного васкуліту протягом декількох місяців, який носить рецидивний характер та є резистентним до базисної терапії. Багатовимірний аналіз клінічних і гістологічних даних показав, що синдром Рейно і тривалий субфебрилітет разом із вищенаведеними лабораторними ознаками є факторами ризику для системного залучення.

ФАКТОРИ РИЗИКУ КАРДІОВАСКУЛЯРНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ**А.П. Кузьміна, О.В. Гапон, Т.В. Хакімова**ДЗ «Дніпропетровська медична академія»
МОЗ України, ФПО, Кривий Ріг

Актуальність проблеми визначається зростанням поширеності та захворюваності на подагру у людей працездатного віку. На подагру хворіють 0,3% усього населення європейських держав. Поширеність подагри в Україні становить 65 на 100 тис. населення (захворюваність — 15 на 100 тис.), а в деяких областях (Житомирська, Харківська, Черкаська) вона перевищує 100 на 100 тис. населення. Враховуючи, що подагра — найчастіша форма артриту у представників чоловічої статі віком старше 30 років, а її частка становить до 0,3% загальної захворюваності, обговорення цієї проблеми є досить актуальним.

Мета: встановити фактори ризику та надати прогностичну оцінку в розвитку кардіоваскулярної патології у хворих на подагру.

Об'єкт і методи. Обстежено 40 хворих (жінки 5%) з достовірним діагнозом подагри (згідно з критеріями S.L. Wallace) та наявністю факторів ризику кардіоваскулярної патології: основних (вік >55 років; тютюнопаління; САТ >140 мм рт. ст.; ХС ЛПВЩ <40 мг/дл; ЗХС >190 мг/дл.), додаткових (сімейний анамнез щодо ішемічної хвороби серця (ІХС); наявність цукрового діабету (ЦД) II типу; тригліцериди >180 мг/дл; ІМТ >25 кг/м²). Проведена оцінка сумарного ризику розвитку негативних наслідків серцево-судинного захворювання протягом 10 років за допомогою шкали SCORE у хворих на подагру в поєднанні з метаболічним синдромом (МС).

Результати. Середній вік хворих на подагру становив 54 роки (тривалість захворювання у середньому — 8 років). Середня кількість уражених суглобів — 5. Найчастіше спостерігалось ураження плеснофалангового (у 100% випадків), гомілковостопного (80%), колінного (55%), передплічневих (52,5%), ліктьового (15%) суглобів. У 47,5% хворих було уражено 3 суглоби, у 22,5% — 2, у 20% — 4, у 5% — 5, у 2,5% — 6 та у 2,5% — 1 суглоб. Кількість уражених суглобів зростала разом із тривалістю захворювання. Гострий подагричний артрит виявлено у 5% пацієнтів, хронічний подагричний артрит — у 50% хворих, хронічний тофусний артрит — у 45% випадків. У 67,5% хворих на подагру виявлено МС, у 57,5% — артеріальну гіпертензію (АГ), у 27,5% — ІХС, у 25% — ЦД II типу. Крім того, у 27,5% пацієнтів виявлено поєднання МС та АГ, у 12,5% — МС, АГ та ІХС, у 7,5% — МС та ЦД, у 5% — МС, ЦД та ІХС, у 5% — МС, ЦД, АГ та ІХС, у 2,5% — МС, ЦД та АГ. У 12,5% — не встановлено коморбідності. АГ була найчастішим компонентом МС у хворих на подагру, її виявляли у 70% хворих. В усіх обстежених пацієнтів виявлено фактори кардіоваскулярного ризику: у 12,5% — наявний 1 фактор ризику, у 12,5% — 2, у 15% — 3, у 20% — 4, у 20% — 5, у 15% — 6, у 5% — 7 факторів.

Підвищення рівня сечової кислоти визначалося у 72,5% хворих. У хворих на подагру в поєднанні з МС виявлено порушення ліпідного обміну. Середній рівень тригліцеридів у групі пацієнтів із МС становив 187 мг/дл (2,1 ммоль/л), у хворих без МС — 150 мг/дл (1,7 ммоль/л). Середній рівень ЗХС у хворих з МС становив 235 мг/дл (6,0 ммоль/л), а у пацієнтів без МС — 180 мг/дл (4,6 ммоль/л). Середній рівень ХС ЛПВЩ у пацієнтів із МС дорівнював 40 мг/дл (1,2 ммоль/л),

у хворих без МС — 48 мг/дл (1,0 ммоль/л). Рівень сечової кислоти у пацієнтів із МС був вищим, ніж у пацієнтів без МС — 510 та 470 ммоль/л відповідно.

Висновок. Таким чином, для хворих на подагру характерний високий ризик розвитку кардіоваскулярних порушень. Найчастіше виявляють такі фактори ризику: підвищення артеріального тиску, ожиріння та дисліпідемію.

ЗВ'ЯЗОК МІЖ КІСТКОВИМИ ЕРОЗІЯМИ, КІСТКОВИМ НАБРЯКОМ, СИНОВІТОМ І ТОФУСАМИ ПРИ ПОДАГРИЧНОМУ АРТРИТІ**А.П. Кузьміна, О.М. Лазаренко, Т.В. Хакімова**ДЗ «Дніпропетровська медична академія»
МОЗ України, ФПО, Кривий Ріг

Ураження суглобів при подагрі — наслідок хронічного запалення, ерозії кістки і відкладання кристалів моноурату натрію у вигляді тофусів. Хронічний подагричний артрит викликає інвалідність та втрату працездатності, а також має важливі соціальні наслідки для здоров'я постраждалих пацієнтів. Механізми, що ведуть до ерозії кістки при подагрі, були вивчені *in vitro* і передбачають підвищення остеокластогенезу. Останнім часом вважається, що численні остеокласти наявні всередині й поряд із відкладеними солями і, ймовірно, є посередниками утворення ерозій. Крім того, підвищення RANK-ліганда (RANKL, ліганд рецептора для активації ядерного фактора каппа-бі) і M-CSF (фактор, що стимулює утворення колоній макрофагів) може зумовлювати формування несприятливих умов для розвитку ерозій, в той час як до зниження життєздатності та функції остеобластів призводить порушення гомеостазу кістки. На сьогодні не встановлено зв'язку між кістковими ерозіями, кістковим набряком, синовітом і подагричними вузлами.

Мета: з'ясування процесів, що лежать в основі формування ерозії кістки і суглоба, за допомогою використання МРТ.

Об'єкт і методи. Використовували МРТ-сканування для отримання оптимальних зображень і проспективного дослідження за участю 40 пацієнтів. Проводили зіставлення даних МРТ із клінічним перебігом подагричного артриту. Група пацієнтів мала різний діапазон тяжкості захворювання (у 50% пацієнтів виявлено тофуси при огляді). Більшість із них (90%) — чоловіки, середній вік становив 57 років. Пацієнти отримували різні препарати, у тому числі алопуринол, пробенецид і бензбромарон. Середній показник рівня уратів у сироватці крові становив 0,39 ммоль/л.

Результати. В окремих випадках тофуси розміщувалися на декількох ділянках двох кісток, дистальній частині променевої або ліктьової кістки, проксимальних п'ясткових кісток, ділянках у межах або поблизу зап'ястя/дистальних п'ясткових кісток. Простежувалася асоціація з синовітом у дистальних відділах променезап'ясткового, міжзап'ясткового, зап'ястно-п'ясткового суглобів.

У вищенаведених кісткових ділянках виявлено ерозії суміжно із синовітом майже у 30% випадків. Якщо ерозії були відсутні, то синовіт виявляли у 15% випадків. У логістичному регресійному аналізі по всіх суглобах тофуси, але не синовіти, були незалежно пов'язані з ерозіями.

Встановлена стійка асоціація тофусів, прилеглих до кісткових ерозій, при подагрі. Оцінка МРТ (низь-

кий сигнал на Т1-зважених зображеннях і підвищення пост-контрасту) показала, що кісткові ерозії асоціюються з тофусами.

МРТ-скановані синовіти, тофуси і кісткові ерозії були поширені у пацієнтів із тривалим загостренням, або з неадекватним лікуванням. За даними оцінки функцій на МРТ, при подагрі в більшості випадків кількість балів щодо кісткових ерозій досягала — 75, кісткового набряку — 45, синовіту — 52 при розмірах тофусів у діапазоні від 21 до 33 мм.

Висновки. Проведення МРТ-сканування у пацієнтів із подагричним артритом певною мірою дозволяє з'ясувати процеси, що лежать в основі формування ерозії кістки та суглоба.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ БОЛЕЗНИ СУСТАВОВ И ОФТАЛЬМОПАТИИ

**А.К. Павлюченко, О.В. Синяченко,
Ю.А. Потапов, А.Ю. Жаркая, С.Н. Верзилов**

*Донецкий национальный медицинский университет
им. Максима Горького, Красный Лиман*

Цель: изучить частоту развития и характер течения поражений глаз у больных артритом — ревматоидным (РА), ювенильным идиопатическим (ЮИА), реактивным хламидийным (РХА), псориатическим (ПА), анкилозирующим спондилитом (АС).

Объект и методы. Под наблюдением находились 448 больных. Пациентам выполняли рентгенологическое и УЗ-исследование периферических суставов, крестцовоподвздошных сочленений и позвоночника, двухэнергетическую рентгеновскую остеоденситометрию проксимального отдела бедренной кости, исследовали остроту зрения, офтальморефракцию, внутриглазное давление, поля зрения, проводили кератопахиметрию, кератотопографию, биомикроскопию и офтальмоскопию.

Результаты. Офтальмопатии на разных этапах течения воспалительных болезней суставов выявлены у 37% больных (в 63% наблюдений РХА, в 41% — ПА, в 39% — ЮИА, в 29% — АС, в 20% — РА) в виде увеита, склерита (эписклерита), кератита, глаукомы, катаракты и конъюнктивита соответственно в соотношении при этих артритах как 2:1:2:2:1, 2:1:2:5:2, 1:6:1:2:2, 1:1:2:1:1 и 25:9:6:2:1, причем, с темпами прогрессирования артрита и с поражением отдельных суставов тесно связаны увеит, кератит, глаукома, катаракта и конъюнктивит (увеит, кроме того, ассоциируется с ревматоидным дигитальным артериитом и остеоузурами), а на выраженность патологии глаз влияют степень активности заболевания, наличие тендовагинитов, энтезопатий, спондилопатии, субхондрального склероза, остеокистоза, системного и эпифизарного остеопороза, остеоузур, асептических костных некрозов, анкилозов, экстраартикулярных признаков патологического процесса, интраартикулярных хондромных тел (при кератите), тел Пеллогри — Штайди (при глаукоме), кожный вариант псориаза (склерит) и активный хламидийный процесс в урогениталиях (конъюнктивит). Развитие офтальмий у больных РА определяют такие признаки течения болезни, как поражение голеностопных суставов, дигитальный артериит, пневмопатии, периферические полинейропатии, внутрисуставные хондромные тела и тела Пеллогри — Штайди, при ЮИА — вовле-

чение в процесс верхнечелюстных, тазобедренных и крестцовоподвздошных сочленений, серозиты и асептические некрозы костей, при РХА — спондилопатия, энтезопатия, кардиопатия и нефропатия, при ПА — форма кожного псориаза, тендовагиниты, энтезопатии и асептические некрозы костей, при АС — артрит голеностопных и локтевых суставов, кожный и почечный синдромы, субхондральный склероз, остеокистоз, интраартикулярные кальцинаты и эпифизарный остеопороз. Патология глаз у больных РА тесно связана с интегральными клиническими признаками течения болезни, участвует в патогенетических построениях заболевания, определяя степень активности патологического процесса (увеит), темпы прогрессирования артрита (склерит, конъюнктивит), частоту поражения грудино-ключичных и верхнечелюстных суставов (увеит, кератит), лучезапястных и локтевых сочленений (увеит), энтезопатий (кератит), развитие дигитального артериита (увеит, кератит, катаракта), пораженный скелетных мышц (кератит, катаракта, легких (глаукома), системного остеопороза (склерит), остеоузур (катаракта), асептических некрозов костей и внутрисуставных хондромных тел (кератит).

Выводы. Увеит, склерит, глаукома и катаракта при ЮИА и РХА влияют на интегральные клинические признаки течения болезни, определяя степень активности патологического процесса и патогенез экстраартикулярных проявлений заболевания. Наличие офтальмопатии при псориазе влияет на кожную форму болезни, интегральные проявления суставного синдрома, темпы его прогрессирования (катаракта), рентгенологическую стадию артрита (увеит, глаукома), частоту поражения верхнечелюстных, лучезапястных, локтевых и голеностопных суставов (увеит), развитие эпифизарного остеопороза (глаукома, конъюнктивит) и артроанкилозов (увеит, глаукома).

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ДЕНОСУМАБУ У ХВОРИХ ІЗ СИСТЕМНИМ ОСТЕОПОРОЗОМ

В.А. Потабашній, О.Я. Маркова, С.В. Швець

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія»
МОЗ України, Кривий Ріг*

Відомо, що остеопороз — одне із найпоширеніших захворювань після серцево-судинних, онкологічних захворювань та цукрового діабету.

Мета: вивчення ефективності та небажаних явищ при застосуванні препарату деносумаб у хворих на системний остеопороз.

Об'єкт і методи. Під нашим спостереженням перебували 14 жінок та 5 чоловіків із системним остеопорозом (Т-критерій за даними денситометрії від -2,5 до -4,0). Вік пацієнтів становив від 54 до 83 років. 7 хворих було переведено з іншої терапії (5 — отримували бісфосфонати, 2 — стронцію ранелат), 12 — призначено деносумаб із приводу вперше виявленого системного остеопорозу. Деносумаб застосовували в дозі 60 мг підшкірно кожні 6 міс, також усі пацієнти отримували препарати кальцію та вітамін D₃ у загальноприйнятій дозі. Оцінювали реакцію в місці введення, загальний стан хворих, наявність больового синдрому, розвиток інфекційних ускладнень. Визначали

мінеральну щільність кісткової тканини (МЩКТ) через 6 та 12 міс після введення препарату.

Результати. У жодному випадку при першому та повторному введенні препарату не спостерігали запалення підшкірно-жирової клітковини в місці введення. Артралгію відзначали у 4 (21%) випадках, яка зникала через 2–3 тиж. Інфекційних ускладнень також не спостерігали. За даними денситометрії, проведеної через 6 міс, відзначали зріст МЩКТ у середньому на 1,9%, через 12 міс — на 3,4%.

Висновки. Застосування деносумабу зумовлює позитивний вплив на щільність кісткової тканини, а також має хорошу переносимість, яка в поєднанні з досить зручним застосуванням (підшкірне введення 1 раз на 6 міс) зумовлює підвищення комплаєнсу пацієнтів цієї групи.

КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА ТА СТАН ІМУННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА РЕАКТИВНИЙ АРТРИТ НА ТЛІ ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ ЕПШТЕЙНА — БАРР

Г.О. Потьомкіна, М.П. Ломіковська, Н.М. Горбаль

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Проблема реактивного артриту (РеА) пов'язана з його поширеністю, складнощами діагностики, залученням у патологічний процес багатьох органів і систем, недостатньо ефективним лікуванням. Найчастіше РеА розвивається при хламідійній (хвороба Рейтера) та кишковій інфекції. На сьогодні особлива увага щодо причин розвитку РеА приділяється ролі вірусної інфекції, перш за все — вірусу Епштейна — Барр (EBV).

Мета. Вивчити клініко-імунологічні особливості перебігу та діагностики РеА на тлі EBV-інфекції.

Об'єкт і методи. Проведено аналіз амбулаторних карт 24 хворих із клінічними проявами артриту (17 жінок — 70,8% віком 18–35 років та 7 чоловіків — 29,1% віком 21–45 років). Хворим виконано загальні лабораторні, імунологічні, серологічні та молекулярно-генетичні дослідження для визначення EBV-інфекції. Для диференційної діагностики з ревматоїдним артритом проведено ревмопроби та дослідження диференціальних аутоантитіл до циклічного цитрулінованого пептиду (А-ССР) та цитрулінованого віментину (анти-MCV).

Результати. Клінічно в усіх хворих спостерігався артралгічний синдром (біль у суглобах, частіше нижніх кінцівок, несиметричність ураження з набряком та почервонінням). Окрім цього, у 6 (25%) осіб діагностовано тривалий субфебрилітет, у 16 (66,67%) — синдром хронічної втоми, у 7 (29,1%) — респіраторний імунодефіцит. За результатами досліджень у 5 (20,8%) пацієнтів виявлено позитивний ревмофактор, у 6 (25,0%) — підвищення ШОЕ, у 10 (41,7%) — підвищений рівень АСЛО та у 5 (20,8%) — підвищення концентрації СРП. При цьому в усіх обстежуваних були негативні А-ССР та анти-MCV. EBV-інфекція верифікована на основі наявності високих титрів специфічних антитіл класу IgM, IgG до капсидного та нуклеарного антигенів вірусу, а його реплікативна активність підтверджена шляхом ідентифікації EBV-ДНК у сні, зіскрібку слизової оболонки та крові хворих. Аналіз імунограми частіше вказував на наявність імунодефіцитів за комбінованим лімфоцитарно-фагоцитарним типом у 18 (75%)

обстежених, з яких у 7 (29,1%) виявлено лімфоцитоз. При цьому у 9 (37,5%) пацієнтів визначали підвищення кількості натуральних кілерів, а у 13 (54,1%) — зміни CD8⁺-лімфоцитів. У 13 (40,6%) обстежуваних — підвищений рівень Т-хелперів, що можна трактувати як передумови формування аутоагресії. Хворі отримували протівірусну, імуностропну, симптоматичну терапію, специфічні імуноглобуліни.

Висновки. РеА EBV-генезу найчастіше верифікувався у жінок (70,8%) віком 18–35 років та характеризувався підвищенням ревмофактора (20,8%), СРП (20,8%), АСЛО (41,7%), ШОЕ (25%) на тлі відсутності аутоантитіл, характерних для ревматоїдного артриту.

КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭКСКРЕТИРУЕМЫХ С МОЧОЙ ГЛИКОЗАМИНОГЛИКАНОВ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Д.Г. Рекалов¹, А.В. Прыткова²

¹Запорожский государственный медицинский университет

²КП «Запорожская областная клиническая больница» ЗОС

Цель: оценка количественных и качественных особенностей экскретируемых с мочой гликозаминогликанов (ГАГ) у больных ревматоидным артритом (РА).

Объект и методы. Обследовано 65 больных с установленным, в соответствии с критериями ARA, диагнозом РА (20 мужчин и 45 женщин) в возрасте от 27 до 64 лет. В основном преобладали больные РА II–III рентгенологической стадии и умеренной степени активности воспалительного процесса. В качестве контрольной группы обследовано 22 практически здоровых человека. Определяли экскрецию ГАГ с мочой, дополнительно выделяя сульфатированные ГАГ (сГАГ) путем осаждения резохинимом. Оценивали суточную экскрецию ГАГ с мочой, концентрацию в 1 л мочи и на 1 г креатинина. Качественный состав углеводного компонента ГАГ мочи исследовали, определяя содержание уроновых кислот карбазоловым методом, позволяющим определить сумму глюкуроновой и идуроновой кислот, и гексоз — орциновым методом. Также рассчитывали соотношение фракций уроновые кислоты/гексозы.

Результаты. При анализе полученных результатов оказалось, что уровень суточной экскреции ГАГ в 2,7 раза достоверно превышал соответствующие показатели группы контроля и на 59,49 и 103,08% — при расчете на 1 л мочи и на 1 г креатинина соответственно как по содержанию уроновых кислот, так и на 78,73; 113,53; 45,41% — по гексозам соответственно. Экскреция сГАГ, определяемых по уроновым кислотам на 1 г креатинина, оказалась статистически значимо ниже на 35,61%, по сравнению с контролем. Динамика суточной экскреции сГАГ и концентрация на 1 л мочи (по уроновым кислотам) оказались недостоверными, хотя и наблюдалась тенденция к снижению значений указанных показателей. Суточная экскреция и удельный вес сГАГ при расчете на 1 л мочи, определяемых по гексозам, оказались достоверно на 103,96 и 83,49% соответственно выше рассматриваемых величин практически здоровых лиц, причем изменение указанного пока-

зателя, рассчитанного на 1 г креатинина, лишь приближалось к статистически значимому. Изменялся также фракционный состав экскретируемых ГАГ с мочой, о чем свидетельствует достоверное изменение соотношения уроновые кислоты/гексозы как в суммарных, так и в сГАГ.

Выводы. Таким образом, в результате исследования установлено, что у больных РА достоверно повышено суммарное содержание экскретируемых с мочой ГАГ, определяемых как по уроновым кислотам, так и по гексозам, причем этот процесс сопровождался изменением фракционного состава как суммарных, так и сГАГ, что свидетельствует о нарушении метаболизма структурных протеогликанов у больных РА.

ПОРАЖЕНИЕ СУСТАВОВ ПРИ АНСА-АССОЦИИРОВАННЫХ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТАХ

**О.В. Синяченко¹, М.В. Ермолаева¹,
Е.Д. Егудина², Л.В. Седая¹, Д.В. Помазан¹**

¹Донецкий национальный медицинский университет
им. Максима Горького, Красный Лиман

²Государственная медицинская академия,
Днепропетровск

Цель: изучить характер поражения суставов у больных системными васкулитами, ассоциированными с антинейтрофильными цитоплазматическими антителами (ANCA) — при микроскопическом полиангиите (МПА), гранулематозе с полиангиитом Вегенера (ГПА), эозинофильном полиангиите Черджа — Стросс (ЭПА) и узелковом полиартериите (УПА).

Объект и методы. Под наблюдением находились 210 больных в соотношении МПА:ГПА:ЭПА:УПА как 4:1:1:1. ANCA в сыворотке крови выявлены у 75% пациентов с ГПА, у 71% с МПА, у 57% с ЭПА и у 39% с УПА.

Результаты. Поражение суставов в виде артрита или артралгий наблюдается у 32% больных ГПА, у 52% — УПА, у 63% — МПА и ЭПА, а моноолигоартрит — соответственно в 33; 25; 58 и 18% наблюдений. По данным однофакторного дисперсионного анализа, на развитие суставного синдрома при МПА влияют изменения скелетных мышц и легких, при ГПА — длительность заболевания, наличие изменений со стороны кожи, сердца и печени, при ЭПА — только кожный синдром. Возникновение артропатии зависит от тяжести экстраартикулярных проявлений болезни при МПА, ГПА и УПА. На суставной синдром у больных МПА достоверно влияют показатели соотношения систолического давления в легочной артерии к периферическому среднему артериальному давлению и диффузионной способности легких. Характер суставного синдрома при УПА зависит от концентрации в крови циркулирующих иммунных комплексов и антител к нативной дезоксирибонуклеиновой кислоте, при МПА — от уровня антител к протеиназе-3, при ГПА — от содержания последних и значений фибронектинемии, при ЭПА — от показателей в крови С-реактивного протеина и наличия антител к миелопероксидазе. При УПА имеет место достоверное влияние на развитие пораженных суставов носительства вирусного гепатита В (HBV). У таких пациентов суставной синдром констатируется во всех случаях, тогда как без

HBV — только в 48% (различия высокодостоверны). Для ЭПА оказались относительно характерными поражения верхнечелюстных и грудно-ключичных суставов, для УПА — локтевых и плюснефаланговых, для МПА — лучезапястных и голеностопных. В свою очередь, изменения грудно-ключичных, голеностопных, крестцовоподвздошных и позвоночных сочленений относятся к «суставам-исключениям» ГПА, плечевых — ЭПА. При УПА относительно свойственны кисты Бейкера. Тендовагиниты можно считать типичными при УПА, субхондральный склероз и остеокистоз — для пациентов с ГПА и ЭПА. Выявлено отсутствие случаев тендовагинитов и энтезопатий при МПА, а в целом скудное разнообразие «рентгеносонографического пейзажа суставного синдрома» отмечается в случаях ГПА. На распространенность суставной патологии у больных МПА влияют уровни в крови ревматоидного фактора (РФ), фибриногена, эндотелина-1, гомоцистеина и модуля вязкоэластичности сыворотки крови, при ГПА — концентрации РФ, антител к миелопероксидазе, циклического гуанозинмонофосфата и поверхностной вязкости крови. Тяжесть течения суставного синдрома в случаях ЭПА связана с содержанием фибронектина.

Выводы. С учетом выполненной статистической обработки полученных результатов исследований сделаны заключения, имеющие определенную практическую значимость: 1) прогноз негативными факторами в отношении частоты развития и течения суставной патологии у больных УПА является носительство HBV, а при МПА — тяжесть экстраартикулярных признаков заболеваний; 2) параметры РФ в крови при МПА и УПА >20 МЕ/мл считаются факторами риска возникновения тяжелого течения артропатии.

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ У ПОЄДНАННІ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ

М.Я. Сухоробська, Р.І. Яцишин

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний
університет»

Одним із найвагоміших негенетичних факторів ризику виникнення первинного остеоартрозу (ОА) є надмірна маса тіла, яка зумовлює надмірне навантаження на суглоби.

Мета: вивчення особливостей якості життя у хворих на ОА при поєднанні його з абдомінальним ожирінням.

Об'єкт і методи. Обстежено 70 хворих на ОА у поєднанні з абдомінальним ожирінням. Оцінка якості життя є надійним, інформативним та економічним способом оцінки стану хворого та дозволяє індивідуалізувати терапію, отримуючи важливу для прогнозу захворювання інформацію.

Для визначення якості життя хворих на ОА використовували анкету EuroQol-5D, яка містить запитання щодо наявності труднощів під час ходьби, у самообслуговуванні, повсякденній діяльності, болю/дискомфорту, занепокоєння/депресії, візуальну аналогову шкалу болю. Антропометричні обстеження включали визначення маси тіла, росту та індекс маси тіла (ІМТ), окружність талії (ОТ), окружність стегон (ОС), відношення ОТ до ОС.

Серед обстежуваних із абдомінальним ожирінням надмірну масу тілу відзначали у 19,44% обстежених, ожиріння I ступеня — у 54,17%, II ступеня — у 18,06%, III ступеня — у 8,33%. Таким чином, найбільшу когорту становили пацієнти з ожирінням I ступеня.

Результати. У хворих досліджуваної групи ІМТ був вищим у 1,4 раза порівняно з практично здоровими особами та у 1,2 раза — порівняно з групою пацієнтів із ОА без абдомінального ожиріння ($p < 0,05$). Подібні зміни встановлені при визначенні ОТ, ОС та їх співвідношення. У хворих на ОА у поєднанні з абдомінальним ожирінням показник ОТ вірогідно був вищим у 1,2 раза, ніж у практично здорових та у 1,14 раза — порівняно з пацієнтами тільки з ОА ($p < 0,05$). Подібні зміни виявлено при визначенні індексу ОТ/ОС у обстежених пацієнтів із ОА та абдомінальним ожирінням, що підтверджувалося вірогідно вищими показниками у 1,3 раза порівняно з практично здоровими та пацієнтами із ОА ($p < 0,05$).

За результатами анкетування встановлено, що абдомінальне ожиріння суттєво впливає на якість життя хворих на ОА. Виявлено, що у хворих спостерігається негативна динаміка показників анкети якості життя. Так, у хворих із поєднаною патологією показники фізичної активності (ходьба, самообслуговування, повсякденна активність) перевищували відповідні у пацієнтів на ОА у 1,4 та у 1,7 раза відповідно ($p < 0,001$), психологічного дискомфорту — у 1,5 раза ($p < 0,01$) та загального індексу — у 1,8 раза ($p < 0,001$). І відповідно зростання показників загального індексу EuroQol-5D у 1,5 раза ($p < 0,001$) порівняно з відповідними показниками у хворих на ОА.

Причому, у хворих на ОА погіршення наявне за параметрами «самообслуговування» та «біль/дискомфорт», а також за загальним індексом якості життя, а в пацієнтів із поєднаною патологією спостерігалось погіршення за всіма показниками шкали EuroQol-5D, тобто більш значне наростання больового синдрому та погіршення якості життя.

Висновки. Тяжкість клініко-функціонального стану хворих на ОА залежить від ступеня надмірної маси тіла.

ПЕРСПЕКТИВИ ПЕРСОНІФІКАЦІЇ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕННЯ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Г.С. Такташов

*Донецкий национальный медицинский университет,
Красный Лиман*

Цель: оценить эффективность медикаментозной терапии у пациентов с хронической ревматической болезнью сердца (ХРБС), степень влияния на нее проведенных ранее операций на клапанах сердца и характера респираторных расстройств в контексте персонализации медицинской технологии лечения.

Объект и методы. Обследованы 105 пациентов с ХРБС (29 мужчин и 76 женщин в возрасте от 15 до 60 лет). На предыдущих этапах у 24% из них выполнена митральная комиссуротомия, 14% — протезирование аортального, 11% — митрального клапана, и эти пациенты составили основную группу наблюдения, а остальные, которым операции на сердце не проведены, составили конт-

рольную группу. Выполняли электрокардиографию, эхокардиографию, холтеровское мониторирование, спирографию, исследование диффузионной способности легких, кондиционирующей функции дыхательного аппарата, определяли скорость респираторного влаговыделения, в крови изучали показатели липидного обмена (ЛО), перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной защиты (АОЗ), изучали показатели эндотелиальной функции сосудов (ЭФС) и адсорбционно-реологических свойств крови (АРСК). Статистическую обработку провели с помощью пакета прикладных программ и вариационного, непараметрического, корреляционного, одно- (ANOVA) и многофакторного (ANOVA/MANOVA) дисперсионного анализа.

Результаты. На фоне проведения стандартной общепринятой медикаментозной терапии у 9% больных отмечено отсутствие эффекта, у 23% — незначительное улучшение, у 62% — улучшение и у 7% — значительное улучшение. Результаты лечения тесно связаны с возрастом пациентов при формировании порока сердца, с выполненными операциями по его коррекции ($\chi^2 = 16,13$; $p = 0,001$) — эффективнее по отношению к пациентам без операции, с нарушениями возбудимости миокарда и размерами камер сердца, с наличием митрального стеноза. Существует достоверная обратная зависимость результатов терапевтических мероприятий от функционального класса сердечной недостаточности ($r = -0,322$; $p = 0,001$). На эффективность лечения достоверно влияют диуретики ($D = 4,86$; $p = 0,003$), ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента ($D = 5,81$; $p = 0,001$), кардиометаболики (триметазидин, милдронат) ($D = 7,39$; $p < 0,001$), антиагреганты ($D = 3,32$; $p = 0,023$) и статины ($D = 4,02$; $p = 0,010$). По данным дисперсионного, регрессионного и корреляционного анализа, эффективность лечебных мероприятий при ХРБС тесно связана с состоянием легочной гемодинамики, вентиляционно-диффузионной, кондиционирующей, влаговыделительной и сурфактантообразующей функциями легких, а исходные показатели (больше или меньше $M \pm SD$ больных) конечно-диастолического размера правого желудочка сердца < 25 мм и объемного калорического коэффициента > 30 о.е. являются прогнозными критериями. По итогам выполненного ANOVA/MANOVA и анализа множественной регрессии, эффективность терапии пациентов с ХРБС тесно связана с интегральным состоянием ЛО, ПОЛ, системы АОЗ, ЭФС и АРСК. Результаты лечения таких пациентов достоверно дисперсионно зависят от параметров в крови малонового диальдегида ($D = 4,21$; $p = 0,008$) и α -токоферола ($D = 4,1$; $p = 0,007$), а исходные показатели α -токоферола > 8 мкмоль/л ($> M + SD$ больных) являются прогнозными критерием эффективности терапии.

Выводы. Представленные факторы, определяющие эффективность терапевтических мероприятий при ХРБС, будут способствовать разработке и персонализации медицинской технологии лечения пациентов с разным течением заболевания в зависимости от нарушений респираторных функций и выделению критериев, позволяющих прогнозировать результаты медикаментозной терапии.

ДІАГНОСТИКА ЗВ'ЯЗКУ КОМПОНЕНТІВ КОМПЛЕМЕНТУ С3 ТА С4-2 З АУТОАНТИТІЛАМИ У ХВОРИХ НА СИСТЕМНИЙ ЧЕРВОНИЙ ВОВЧАК

Я.Ф. Толстяк

*Львівський національний медичний університет
ім. Данила Галицького*

Система комплементу відіграє важливу роль в імунно-патогенезі системного червоного вовчаку (СЧВ). Встановлено, що низькі рівні компонентів комплементу, особливо С2, С3, С4, визначаються як маркери активності СЧВ та можуть стати причиною СЧВ-подібних синдромів.

Мета: оцінити кореляційний зв'язок компонентів комплементу С3 та С4-2 з аутоантитілами та активністю у хворих на СЧВ.

Об'єкт і методи. Рівень С3- та С4-компонентів комплементу визначали у 30 хворих на СЧВ, імунотурбометричним аналізом. Аутоантитіла (Ауто-АТ) до Sm-антигену та RNP визначали у цих хворих імунферментним аналізом. Середній вік пацієнтів — 36,2±1,8 року. Хворі перебували на стаціонарному лікуванні у ревматологічному відділенні ЛОКЛ у 2012–2013 рр.

Результати. У 19 (64,4%) пацієнтів був знижений С3-компонент комплементу. Дефіцит С4-2-компонента комплементу спостерігався у 6 (20,0%) хворих на СЧВ. Між концентрацією С3-компонента комплементу та Ауто-АТ до Sm-антигену, спостерігалася середня позитивна кореляція ($r=0,42$). Компонент комплементу С4-2 мав сильну позитивну кореляцію ($r=0,79$) з Ауто-АТ до SS-B та середню кореляцію з Ауто-АТ до Sm антигену ($r=0,52$) і до RNP ($r=0,48$).

Висновки. Низький рівень С3 може вказувати на ймовірну фіксацію імунних комплексів на синовіальній поверхні суглобів, базальній мембрані клубочків нирок, ендотелії судин, на яких спостерігається найвища концентрація рецепторів до цього компонента комплементу (CR3). Дефіцит С4-2-компонента свідчить про дефіцит альтернативного шляху активації компонентів комплементу та можливий набутий або спадковий дефіцит цих компонентів, що може призводити до розвитку СЧВ-подібного синдрому та високої активності хвороби. Кореляція між С3- та С4-2 компонентами комплементу та ауто-АТ була сильніша у С4-2, який мав сильну позитивну кореляцію з АТ до SS-B та середню кореляцію з АТ до Sm антигену і АТ до RNP.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ СТРУКТУРНО-МОДИФІКУЮЧИМИ ПРЕПАРАТАМИ ОСТЕОАРТРОЗУ З ГІПЕРУРИКЕМІЄЮ

Н.М. Шуба, А.С. Крилова

*Національна медична академія післядипломної освіти
ім. П.Л. Шупика*

Зростаюча поширеність остеоартрозу (ОА), необхідність дослідження нових аспектів його лікування, недостатня вивченість ефективності застосування структурно-модифікуючих препаратів при ОА з гіперурикемією сприяє розробленню та обґрунтуванню ефективної терапії при цій патології.

Мета: дослідити особливості перебігу та ефективність застосування структурно-модифікуючих препаратів у пацієнтів з ОА та гіперурикемією.

Об'єкт і методи. У дослідження було включено 102 пацієнти (88 жінок, 14 чоловіків) із ОА колінних суглобів I–III рентгенологічної стадії за Kellgren — Lawrence. Тривалість захворювання становила 5,00 (IQR 4,00–10,00) років. Усі хворі були розподілені на групи залежно від призначеної терапії. Пацієнти 1-ї групи приймали діацереїн в дозі 50 мг двічі на добу протягом 6 міс. Пацієнти 2-ї групи приймали хондроїтину сульфат в дозі 500 мг двічі на добу протягом 6 міс. Пацієнти 3-ї групи приймали хондроїтину сульфат-4,6 та калій-натрій-гідроцитратний комплекс по 1 мірній ложці 3 рази на добу після їжі протягом 6 міс. Оцінено динаміку ВАШ, індексів WOMAC, Лекена, сечової кислоти, IL-1 β , IGF-1, NO, загальноклінічних показників. Статистичний аналіз проведено за допомогою SPSS Statistics.

Результати. У 33% хворих на ОА I–III рентгенологічної стадії за Kellgren — Lawrence був нормальний рівень сечової кислоти, у 67% — підвищений (>360 мкмоль/л), тобто гіперурикемія. За нашими даними розвиток гіперурикемії супроводжувався ураженням більшої кількості суглобів, більш тривалим терміном захворювання та прогресуванням ОА, яке спостерігалось при рентгенологічному дослідженні. Пацієнти з ОА та супутньою гіперурикемією відрізнялися більш тяжким перебігом ОА, а саме — вираженістю болю за ВАШ в середньому на 12,7% та за індексом WOMAC — на 11,3%, вищими показниками індекса Лекена в середньому на 15,5%, скутості суглоба вранці та протягом дня — на 11,8% та обмеженістю функціональної активності — на 14,3% за індексом WOMAC. Виявлено пряму кореляційний зв'язок між рівнем сечової кислоти та рівнем СРП ($r=0,770$; $p<0,0001$), IL-1 ($r=0,539$; $p<0,0001$), NO ($r=0,541$; $p<0,0001$), зворотній — з рівнем IGF-1 ($r=-0,548$; $p<0,0001$), що свідчить про роль гіперурикемії в розвитку запального процесу в пацієнтів з ОА. Встановлена клінічна ефективність діацереїну, хондроїтину сульфату-4,6 та комбінації препаратів (хондроїтину сульфат-4,6 та калій-натрій-гідроцитратний комплекс) та позитивна динаміка показників суглобового синдрому, а саме: статистично достовірне зниження вираженості болю по ВАШ, альгофункціональних індексів WOMAC і Лекена. Відзначено, що терапія діацереїном та комбінацією хондроїтину сульфату-4,6 з цитратними комплексами у хворих на ОА з гіперурикемією, за даними показників ВАШ при ходьбі, індексу Лекена та вираженості болю й обмеженості функціональної активності за WOMAC, більш ефективна та зумовлює більш виражене зниження рівня сечової кислоти, ніж при монотерапії хондроїтину сульфатом. При прийомі діацереїну, хондроїтину сульфату-4,6 та комбінації препаратів (хондроїтину сульфат-4,6 та калій-натрій-гідроцитратний комплекс) отримано статистично достовірне зниження прозапальних цитокінів (IL-1), вільних радикалів (NO), а також статистично достовірне підвищення анаболічних цитокінів (IGF-1) та встановлено, що IL-1 зменшується більше ($p<0,05$) при застосуванні діацереїну та комбінованого лікування, ніж при монотерапії хондроїтину сульфатом. Порівняння показників кількості загострень ОА, середньої тривалості прийому НПЗП свідчить про значний стійкий клінічний ефект діацереїну та комбінованого лікування та їх переваги над застосуванням лише одного хондроїтину сульфату.

Висновок. Для визначення тяжкості перебігу та прогресування ОА та для диференційного вибору лікування рекомендовано проводити визначення рівня сечової кислоти в сироватці крові. У пацієнтів з ОА I–III рентгеноло-

гічної стадії та за наявності супутньої гіперурикемії рекомендовано застосовувати діазерейн або комбінацію препаратів (хондроїтину сульфат-4,6 та калій-натрій-гідроксидний комплекс) як схеми ефективної терапії, що здатні впливати на рівень сечової кислоти.

ЗАБОЛЕВАННЯ ЩИТОВИДНОЇ ЖЕЛЕЗЫ КАК КОМОРБИДНА ПАТОЛОГИЯ У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

**Е.А. Якименко, Л.В. Закатова, Н.Н. Антипова,
В.В. Тбилели, А.А. Серебрякова**

Одесский национальный медицинский университет

Патология щитовидной железы (ЩЖ) аутоиммунно-го генеза относится к частым коморбидным состояниям при ревматоидном артрите (РА). Сочетание РА и аутоиммунного тиреоидита (АИТ) характеризуется признаками высокой активности и худшим ответом на базисную терапию, что существенно отягощает течение, ухудшает качество жизни и прогноз у данной категории пациентов.

Цель: изучение частоты и структуры коморбидной патологии ЩЖ у женщин с РА.

Объект и методы. Обследовано 180 женщин с РА в возрасте от 28 до 82 лет (средний возраст — 54,7±1,46 года). Женщин распределили на группы в зависимости от возраста: 1-я группа — 33 (18,3%) больные молодого возраста (28–44 года), 2-я группа — 91 (50,6%) больная среднего возраста (45–59 лет), 3-я группа — 56 (31,1%) больных старшего возраста (60–82 года). Диагноз РА установлен согласно общепринятым критериям (ACR/EULAR, 2010; ВНОР, 2007).

Результаты. Патология ЩЖ диагностирована у 38 (21,1%) пациенток, большинство из которых составили женщины среднего возраста — 26 (28,6%). Несколько реже заболевания ЩЖ отмечали у больных молодого и старшего возраста (6,1 и 17,9% соответственно).

Среди пациенток с тиреоидной патологией у большей части — 25 (13,9%) больных диагностирован АИТ, что объясняется общностью иммунологических механизмов развития РА и АИТ, и согласуется с данными других авторов. У 13 (7,2%) человек наблюдали узловые формы зоба.

Выводы. Полученные нами результаты свидетельствуют о частом сочетании РА с патологией ЩЖ аутоиммунного генеза, что не только неблагоприятно влияет на течение и клинические проявления РА, но и требует коррекции проводимой базисной терапии РА.

Таким образом, всем больным РА необходим динамический контроль тиреоидного статуса и своевременная коррекция выявленных нарушений с целью повышения качества жизни и прогноза заболевания.

ПАТОЛОГИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ КАК КОМОРБИДНОЕ СОСТОЯНИЕ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

**Е.А. Якименко, Л.В. Закатова, Н.Н. Антипова,
В.В. Тбилели, Н.С. Тихончук**

Одесский национальный медицинский университет

Коморбидность при ревматоидном артрите (РА) — одна из наиболее актуальных проблем современной ревматологии, поскольку влияние сопутствующих за-

болеваний на течение и результаты лечения РА остается малоизученным.

Патология сердечно-сосудистой системы (ССС) является наиболее частым коморбидным состоянием при РА. РА признан независимым предиктором ишемической болезни сердца (ИБС) в общей популяции, а гипертоническая болезнь (ГБ) у пациентов с РА ассоциирована с неблагоприятным прогнозом в отношении смерти от кардиоваскулярных причин.

Цель: изучить частоту и структуру коморбидной патологии СССР у больных РА.

Объект и методы. Нами обследовано 194 больных РА в возрасте от 28 до 82 лет (средний возраст — 54,9±1,28 года), из них женщины — 180 (92,8%), мужчины — 14 (7,2%).

Женщин распределили на группы в зависимости от возраста: 1-я группа — 33 (17%) больные молодого возраста (28–44 года), 2-я группа — 91 (46,9%) больная среднего возраста (45–59 лет), 3-я группа — 56 (28,9%) больных старшего возраста (60–82 года). В 4-ю группу вошли 14 мужчин в возрасте 18–64 лет. Диагноз РА установлен согласно общепринятым критериям (ACR/EULAR, 2010; ВНОР, 2007).

Результаты. Патология СССР диагностирована у 94 (48,5%) пациентов, из них у 75 (38,7%) — ГБ, у 19 (9,8%) — ИБС.

Так, ГБ диагностирована у 50% мужчин, составивших 4-ю группу наблюдения, и у 51,8% женщин старшего возраста (3-я группа).

ИБС диагностировано у 14,2% всех мужчин и у 36,6% женщин в возрасте старше 60 лет.

Полученные нами результаты свидетельствуют о частом сочетании РА с патологией СССР (в первую очередь, ГБ и ИБС), что значительно ухудшает прогноз у данной категории пациентов.

Выводы. Таким образом, всем больным РА необходимо проведение скрининга патологии СССР с целью ее своевременного выявления и адекватной коррекции, а также дифференцированного подбора средств базисной и патогенетической терапии.

Перспективы дальнейших исследований заключаются в изучении механизмов развития коморбидной патологии при РА и разработке способов их коррекции с целью повышения качества и продолжительности жизни больных РА.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ РОСЛИННИХ ПРЕПАРАТІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ДЕФОРМІВНИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ ТА СУПУТНІМ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

О.О. Якименко, О.Є. Кравчук, Н.М. Богдан

Одесский национальный медицинский университет

На сьогодні понад 10% населення хворіють на деформівний остеоартроз (ДОА). ДОА в поєднанні з метаболічним синдромом (МС) призводить до значної інвалідності хворих. Лікування ДОА — складна проблема, яка не завжди приводить до позитивного результату.

Мета: виявити ефективність застосування рослинних препаратів у комплексному лікуванні пацієнтів із ДОА та супутнім МС.

Об'єкт і методи. До дослідження залучено 20 пацієнтів із ДОА та МС, індекс маси тіла (ІМТ) >25 кг/м², із них — 11 жінок та 9 чоловіків віком від 50 до 75 ро-

ків, що становили групу спостереження. До групи порівняння увійшли пацієнти (20 осіб) із клінічними проявами ДОО та з ІМТ до 25 кг/м² такої ж статі та вікової категорії. Усім хворим групи спостереження на фоні стандартної протизапальної та знеболювальної терапії проводили терапію препаратами рослинного походження — у вигляді препарату Ліпомін (ЛПМ) 2 таблетки на добу та в поєднанні з неомілюваними сполуками бобів сої та авокадо 1 капсула на добу протягом 2 років. Хворим контрольної групи проводили лікування НПЗП і терапію глюкозаміну сульфатом та хондроїтину сульфатом у вигляді препарату Артрон комплекс. До та після лікування всім хворим проводили спеціальне анкетування, оцінку больового синдрому за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ), індекс Лекена, біохімічне дослідження крові (гострофазові показники та ліпідограма), рентгенологічні дослідження суглобів та вимірювання кутоміром рухливості суглобів.

Результати. У групі спостереження після першого року лікування рослинними препаратами (ЛПМ та неомілюваними сполуками бобів сої та авокадо) порівняно з контрольною групою відзначали позитивну динаміку: у 6 раз зменшився больовий синдром за шкалою ВАШ, у 3 рази знизилася гострофазові показники, у 2 рази — ліпіди крові за даними біохімічного дослідження крові, рухливість суглобів за даними вимірювання кутоміром збільшилася у 6 разів та спостерігалася зменшення маси тіла у пацієнтів в середньому на 5 кг.

Висновки. Отже, застосування рослинних препаратів у комплексному лікуванні хворих на ДОО та супутнім МС — ефективно, оскільки їх дія спрямована на уповільнення темпів прогресування ДОО та МС і покращення якості життя хворих.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИЕЛОАКУПНКТУРЫ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

**В.В. Яковленко¹, В.Н. Сокрут¹,
О.В. Синяченко¹, О.П. Сокрут¹,
Л.М. Пасиешвили²**

¹Донецкий национальный медицинский университет
им. Максима Горького, Красный Лиман

²Национальный медицинский университет, Харьков

Акупунктура как метод рефлексотерапии основана на введении в ткани организма специальных металлических игл в строго определенные («активные») точки тела. Иглоукальвание у больных ревматоидным артритом (РА) используют в течение многих лет. Одним из авторов предложен способ миелоакупунктуры (МАП), которая меняет возбудимость нейронов спинного мозга и стимулирует синтез различных биологически активных соединений (например нейромедиаторов и нейрогормонов), благодаря чему блокируются артралгии.

Цель: оценить эффективность МАП при разных вариантах течения ревматоидного артрита (РА).

Объект и методы. Под наблюдением находились 293 больных РА (20% мужчин и 80% — женщин) в воз-

расте от 18 до 79 лет (в среднем — 45 лет). Методом случайной выборки 48 (16%) больным выполнена МАП. Эти пациенты составили 1-ю (основную) группу обследованных, а остальные — 2-ю (контрольную). Акупунктурную иглу длиной 10 см вводили под углом ($\approx 30^\circ$) к коже и строго перпендикулярно к спинному мозгу между остистыми отростками позвонков. После этого осуществляли вращательные движения иглы по часовой стрелке и против на 180° . Иглу обычно вводили в зоны С6-С7 позвоночника, реже — С7-Д1, D11-D12, D12-L1, а время выполнения процедуры составляло 40–45 мин. Проводили 9–12 ежедневных процедур МАП на один курс лечения, после чего спустя 2 мес эту рефлексотерапию у 83% пациентов повторяли. У части больных имитировали проведение процедуры МАП (3-я группа), но иглу в спинной мозг не вводили (группа плацебо-контроля). На фоне МАП дополнительное медикаментозное лечение больным не назначали, а оставляли ранее получаемую патогенетическую терапию в прежнем объеме. Спустя 2 нед от начала МАП сравнивали эффективность лечения в 1-й и 3-й группах, а через 2,5–3 мес — в 1-й и 2-й группах. «Значительным улучшением» считали снижение iDAS28 до $< -2,8$ SD, индекса тяжести артрита в 2 раза, исчезновение лимфаденопатии, пневмопатии и серозитов, а обязательным «улучшением» были нормализация температуры тела и уменьшение iDAS28 не менее чем на 1,0 SD.

Результаты. Уже спустя 2 нед МАП значительно повышала результаты параллельно проводимой медикаментозной патогенетической терапии, снижая содержание в крови ревматоидного фактора, антител к циклическому цитруллиновому пептиду, фибриногена, иммуноглобулина-G, фактора некроза опухоли- α , эндотелина-1, простагландина- E_2 и показателя объемной вязкости сыворотки крови на фоне повышения концентраций интерлейкина-4, кортизола и параметра модуля сывороточной вязкоэластичности, чего не происходит в контрольной группе, а исходные значения поверхностной упругости имеют прогностическую значимость МАП. Из побочных действий МАП в 4 случаях отмечали различные вегетативные реакции в виде повышения потливости тела, бледности лица и похолодания конечностей, что не было основанием для прекращения процедуры и отмены последующего ее проведения. Противопоказаний к использованию МАП в комплексном лечении у больных РА нами не установлено. В 2 случаях на фоне МАП отмечали корешковый синдром, а в 1 — явления менингизма (проявлялось головной болью, головокружением, небольшой ригидностью затылочных мышц, тошнотой и позывами к рвоте). Эффективность процедур иглоукальвания в спинной мозг негативно зависит от наличия у больных тендовагинита, синдрома Шегрена, поражений скелетных мышц и почек. Поверхностная упругость сыворотки крови < 30 мН/м является прогнознопозитивным критерием дальнейшей МАП.

Выводы. Использование МАП при РА теоретически обосновано, очень эффективно, вызывает мало побочных действий, не имеет противопоказаний к применению.