

кими травмами слизистої оболочкі порожнини рота. Установлено достовірне удешевлення вмісту естрадіола та зменшення вільної фракції тестостерону у хворих основної групи, які грають ведучу роль у розвитку даної патології завдяки функціональній зв'язці рівня статевих стероїдних гормонів з станом слизистої оболочкі порожнини рота. Це свідчувало про ефективність застосування запропонованої терапії в комплексному лікуванні хронічної механічної травми слизистої оболочкі порожнини рота.

**Ключові слова:** хронічна механічна травма, стероїдні гормони.

**Goray M.A.**

#### CHANGES OF THE MAINTENANCE OF SEXUAL STEROID HORMONES IN THE ORGANISM OF PATIENTS WITH CHRONIC TRAUMATIC DEFEATS OF THE MUCOUS MEMBRANE OF THE ORAL CAVITY

**Summary.** This article presents the results of the endocrinological examination of 110 patients with chronic mechanical injuries of the oral mucosa. Significant improvement of the estradiol level and reduction in the free testosterone fraction was revealed in the patients from the main group; they play a leading role in this pathology development due to functional interconnection of the sex steroid hormone level with the state of the oral mucosa. This proved the efficacy of use of the proposed therapy in combined treatment of the chronic mechanical injury of the oral mucosa.

**Key words:** chronic mechanical trauma, steroid hormones.

Стаття надійшла до друку 22.05.2014 р.

Горай Марина Антонівна - к. мед. н., асистент кафедри терапевтичної стоматології Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова +38 063 390-53-30

© Демчук Г.В.

УДК: 616.24-002:615.036.8:615.33

**Демчук Г.В.**

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини (Хмельницьке шосе, 96, м. Вінниця, Україна, 21018)

## ОЦІНКА БЕЗПЕЧНОСТІ ФТОРХІНОЛОНІВ ПРИ ЛІКУВАННІ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ОСІБ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

**Резюме.** Проведено проспективне дослідження ефективності, відповідності до державних рекомендацій, безпеки застосування фторхінолонів для антибактеріального лікування негоспітальної пневмонії (НП) у 37 хворих з цукровим діабетом (ЦД) II типу. Середній вік - 64,9±11,5 років, чоловіків - 15 (40,5%), жінок - 22 (59,5%). Виявили, що перелік антибіотиків, які призначалися хворим відповідає тим, що рекомендовані для лікування НП. Фторхінолони призначали 33 (89,2%) пацієнтам. Спостерігалось надмірне необґрунтоване застосування альтернативної комбінації цефалоспоринів III покоління та левофлоксацину хворим з середньо важким перебігом НП у 24 (64,9%) випадках. Втрата контролю над ЦД зі значною гіперглікемією або різкими коливаннями рівня глюкози крові спостерігалась у 11 (42,3%) осіб, що отримували левофлоксацин та у всіх, хто лікувався гатіфлоксацином. Одна пацієнтка, яка лікувалась левофлоксацином, померла внаслідок гіпоглікемії, що розвинулась після одужання від НП. Фторхінолони не можуть бути препаратами вибору для лікування НП у даній категорії пацієнтів і можуть бути призначені лише за життєвими показами під ретельним контролем рівня глюкози крові.

**Ключові слова:** негоспітальна пневмонія, цукровий діабет, фторхінолони.

### Вступ

В основі успішного лікування негоспітальної пневмонії (НП), як одного з найпоширеніших та небезпечних інфекційних захворювань, лежить якомога швидке та ефективне призначення антибактеріальної терапії. В багатьох випадках складаються несприятливі умови для адекватної оцінки стану пацієнта, які пов'язані з віком, наявністю супутніх захворювань, що модифікують перебіг хвороби і утворюють складності у призначенні відповідного лікування [Djuric et al., 2009; Martinez et al., 2009; Ishiguro et al., 2013].

Лікування НП у хворих на цукровий діабет (ЦД) різного ступеня важкості та контролю, коли високою є ймовірність стійких грам-позитивних та грам-негативних збудників, потребує призначення антибактеріальних препаратів широкого спектру дії. Препаратами вибору можуть бути захищені амінопеніциліни, цефалоспори-

ни 3-4 поколінь в поєднанні з макролідами, або респіраторні фторхінолони [Фещенко та ін., 2012]. Завдяки широкому спектру дії, зручному дозуванню респіраторні фторхінолони, мають певні переваги перед іншими препаратами, призначення яких потребує дотримання часових термінів між введеннями кілька разів на добу.

Однак використання фторхінолонів для лікування НП при ЦД має певні ризики втрати контролю над останнім та виникнення ускладнень, які загрожують життю пацієнта, що доведено для гатіфлоксацину [Onyenwenyi et al., 2008]. Відомості про ризики при застосуванні інших фторхінолонів обмежені [Sherrie et al., 2009]. Моксіфлоксацин та левофлоксацин вважаються безпечними і такими, що не впливають на вуглеводний обмін та не взаємодіють з препаратами, які приймають для контролю ЦД.

Метою нашого дослідження стало оцінити ефективність, відповідність до державних рекомендацій, безпечність застосування фторхінолонів для антибактеріального лікування НП у хворих з ЦД.

### Матеріали та методи

Проведено проспективне дослідження 37 пацієнтів з ЦД, які лікувались з приводу НП в умовах пульмонологічного відділення міської клінічної лікарні №1 м. Вінниці у січні - червні 2012 року. Середній вік пацієнтів -  $64,9 \pm 11,5$  років, чоловіків - 15 (40,5%), жінок - 22 (59,5%). Індекс маси тіла в межах норми був у двох (5,4%) пацієнтів, у 14 (37,8%) осіб спостерігалась зайва вага, 21 (56,8%) пацієнт мав ожиріння.

Усі пацієнти страждали на ЦД 2 типу: легкого перебігу - 12 (32,4%) осіб, середньої важкості - 18 (48,6%), важкий - 7 (18,9%) пацієнтів. Хворі з легким перебігом ЦД контролювали захворювання лише дотриманням дієти. У разі ЦД середньої важкості для базисного лікування ЦД застосовували таблетовані гіпоглікемічні препарати: метформін (10), гліклазід (9), глібенкламід (3), гліквідон (1), глімпірид (1). Інсулін отримували пацієнти з важким перебігом ЦД.

Ознаки декомпенсації ЦД в легкому ступені спостерігались у 14 (37,8%) осіб, помірного - у 13 (35,1%). Кетоацидоз та діабетична кома розвинулись у 3 (8,1%) осіб. Більшість пацієнтів мала значну кількість інших супутніх захворювань, які представлені у таблиці 1.

НП середньої важкості (III група) виникла у 30 осіб (81,1%). Важкий перебіг НП (IV група) спостерігався у 7 (18,9%) пацієнтів, які були госпіталізовані у відділення реанімації та інтенсивної терапії.

Показники важкості НП за шкалою PSI відповідали потребі у госпіталізації у 18 (48,6%) пацієнтів, інші направлялись до стаціонару через неефективність амбулаторного лікування, декомпенсацію хронічних захворювань.

**Таблиця 1.** Структура супутніх захворювань у хворих на негоспітальну пневмонію.

Захворювання	Абс.	%
Цукровий діабет	37	100
- Легкий	12	32,4
- Середньої важкості	18	48,6
- Тяжкий	7	18,9
Гіпертонічна хвороба	33	89,2
Ішемічна хвороба серця	33	89,2
Порушення мозкового кровообігу в анамнезі	7	18,9
Перенесений інфаркт міокарду	4	10,8
Серцева недостатність	12	32,7
Фібриляція передсердь	2	5,4
Хронічне обструктивне захворювання легень	11	29,7
Бронхіальна астма	3	8,1
Сечо-кам'яна хвороба та вторинно-хронічний пієлонефрит	3	8,1
Хронічний холецистит	2	5,4

рювань, соціальне становище [Фещенко та ін., 2012].

НП мала ускладнений перебіг у 14 осіб (37,8%). Екссудативний плеврит розвинувся у 5 (13,5%) пацієнтів. Стільки ж пацієнтів мали фібринозний плеврит. Гострий бронхообструктивний синдром спостерігався у 3 (8,1%) хворих, абсцес легень у 1 (2,7%) пацієнта. Важка легенева недостатність, яка потребувала оксигенотерапії виникла у 7 (18,9%) пацієнтів.

У жодного пацієнта збудника захворювання виявити не вдалось, тому всім антибіотики призначали емпірично. Проводилась оцінка відповідності лікування, яке призначалось на амбулаторному та стаціонарному етапах, сучасним державним рекомендаціям, його ефективності та безпечності, зокрема вплив на рівень глюкози крові.

Статистична обробка проводилась за допомогою пакету статистичних програм SPSS для Windows версія 12. Використані методики описової статистики.

### Результати. Обговорення

На амбулаторному лікуванні протягом  $5,3 \pm 3,1$  днів знаходились 15 (40,5%) осіб, з них 11 (73,3%) отримували антибактеріальні препарати (амоксцилін, амоксицилін/клавуланат, макроліди, цефалоспорины 3 - 4 покоління, левофлоксацин), які рекомендовані для лікування НП в амбулаторних умовах. Лікування виявилось неефективним, тому пацієнти були госпіталізовані.

Аналіз антибактеріального лікування показав, що більшість пацієнтів отримували комбіновану терапію: 2 антибіотики - 28 (75,7%) осіб, 3 антибіотики - 5 (13,5%).

Для лікування НП призначали антибактеріальні препарати, які рекомендовані державними узгоджувальними документами (табл. 2). Найчастіше застосовували цефалоспорины 3 - 4 покоління в поєднанні з левофлоксацином - 22 (59,5%) призначень. Подібна комбінація є альтернативною для лікування хворих з важкою НП, яка потребує госпіталізації у ВРІТ [Фещенко та ін., 2012]. Однак таких пацієнтів було лише 7 (18,9%).

Тільки чотири пацієнти отримували препарати вибору для лікування НП в умовах стаціонару - цефалоспорины 3 покоління в поєднанні з макролідами.

У разі неефективності амбулаторного лікування НП препаратами вибору є респіраторні фторхінолони. Однак з 11 хворих, які поступили до стаціонару через неефективне амбулаторне лікування лише двоє отримували монотерапію левофлоксацином, іншим призначались альтернативні комбінації антибіотиків, що свідчить про надмірну антибактеріальну терапію, яка не відповідає важкості НП та стану пацієнта.

Призначення трьох антибактеріальних препаратів (бета-лактамі+фторхінолон+амікацин) може бути виправдане у разі важкого перебігу НП, з можливим інфікуванням *P.aeruginosa* та іншими стійкими до антибіотиків грамнегативними збудниками [Фещенко та ін., 2012]. Пацієнти, які були госпіталізовані за важкістю стану у ВРІТ, мали фактори ризику НП, яка спричинена вказан-

**Таблиця 2.** Спектр антибактеріальних препаратів, які призначались для лікування не госпітальної пневмонії в умовах стаціонару (n=37).

Антибіотик	Абс.	%
Левофлоксацин	26	70,3
Цефтріаксон	18	48,6
Цефтріаксон/сульбактам	7	18,9
Амікацин	7	18,9
Гатіфлоксацин	6	16,2
Цефтазідім	4	10,8
Цефоперазон	4	10,8
Цефепім	4	10,8
Кларитроміцин	4	10,8
Амоксицилін/клавуланат	2	5,4
Азітроміцин	1	2,7
Моксіфлоксацин	1	2,7

**Таблиця 3.** Наслідки НП у хворих з цукровим діабетом (n=37).

Наслідок НП	Абс.	%
Одужання з розсмоктуванням інфільтрації в легенях	16	43,2
Доліковування в амбулаторних умовах	18	48,6
Переведення у інший заклад	1	2,7
Смерть	2	5,4

ними вище патогенами, тому зазначена комбінація є відповідною.

Загалом тільки 13 (35,1%) осіб отримували антибактеріальну терапію яка, була адекватною не тільки за спектром дії на ймовірних збудників, але й за важкістю стану хворого, у інших пацієнтів спостерігалось надмірне застосування антибіотиків.

Грубою помилкою в лікуванні НП у пацієнтів з ЦД є призначення гатіфлоксацину (16,2% пацієнтів), який, за даними чисельних досліджень, найгірше впливає на гомеостаз глюкози [Biggs, 2003; Naerian et al., 2008; Lodise et al., 2007]. Наслідки його вживання важко передбачити, тому що препарат може спричинити як гіпоглікемію так і гіперглікемію, або спровокувати різкі коливання глюкози крові та призвести до фатального наслідку. Саме тому вживання цього препарату в багатьох країнах Європи та США заборонене або різко обмежене.

В основі негативного впливу на гомеостаз глюкози лежить здатність фторхінолонів порушувати продукцію інсуліну в підшлунковій залозі. В більшому ступені цей ефект виражений у гатіфлоксацина [Lodise et al., 2007; Yamada et al., 2006]. Однак призначаючи інші препарати цієї групи хворим з ЦД, слід зважувати ризики та користь у кожному конкретному випадку.

Зважаючи на це, було проведено аналіз динаміки рівня глюкози у пацієнтів, які отримували левофлоксацин та гатіфлоксацин. Нормальний рівень глюкози спо-

стерігався у 9 (24,3%) пацієнтів, помірна гіперглікемія (7 - 10 ммоль/л), яка є ознакою субкомпенсації ЦД, і не становить загрози життю пацієнта була у 11 (29,7%) хворих.

Нестабільний рівень глюкози з різкими коливаннями від 9 до 20 ммоль/л протягом кількох днів спостерігався у 13 (35,1%) пацієнта. Дані зміни визначались у всіх хворих, які отримували гатіфлоксацин та у частини пацієнтів, які лікувались левофлоксацином.

Висока гіперглікемія більше 13 ммоль/л визначалась у 4 (10,8%) осіб, яким був призначений левофлоксацин.

Одна з пацієнок, яка мала важкий перебіг НП, отримуючи левофлоксацин, одужала від НП, але через порушення гомеостазу глюкози у неї розвинулась декомпенсація ЦД, яку не вдалось успішно подолати. Пацієнтка загинула внаслідок набряку головного мозку, який виник на фоні неконтрольованої гіпоглікемії.

Саме гіпоглікемічні стани є більш небезпечними та фатальними ніж гіперглікемія. Як показало проспективне дослідження наслідків НП, проведене A.Singanaayagam et al. [2009], наявність гіпоглікемії під час госпіталізації у пацієнтів НП підвищує ризик 30-денної смертності, потреби у штучній вентиляції легенів та інотропній підтримці.

Середня тривалість антибактеріального лікування склала  $10,0 \pm 3,4$  дні.

Первинно призначена у стаціонарі антибактеріальна терапія виявилась неефективною у 9 хворих (24,3%). В якості альтернативи, не зважаючи на ризики втрати контролю на ЦД, трьом пацієнтам було призначено гатіфлоксацин, що є значною помилкою.

Застосування амікацину (2 хворих) та цефтріаксону (2 хворих), які мають вужчий спектр дії та меншу ефективність ніж первинно призначена цим пацієнтам комбінація бета-лактаму з фторхінолоном, сприяло не ерадикації збудника, а формуванню резистентних штамів та порушенню мікрофлори кишковика пацієнтів.

Поєднання моксіфлоксацину та амікацину (1 особа), левофлоксацину та цефоперазону (1 особа) можуть бути відповідною альтернативою у разі неефективності препаратів вибору, якщо ними були бета-лактами та макролід. Середня тривалість повторного курсу антибактеріальної терапії склала  $6,2 \pm 2,8$  днів.

Аналіз ефективності лікування показав, що більшість пацієнтів виписались з потребою амбулаторного доліковування (табл. 3). В амбулаторних умовах 15 (40,5%) пацієнтам пропонувалось продовжити антибактеріальну терапію протягом в середньому  $8,4 \pm 1,6$  днів, що свідчить про надмірну антибіотикотерапію

Повного одужання від НП вдалось досягти у 43,2% пацієнтів. Один пацієнт був переведений до торакального відділення через абсцес легені. Летальність в групі пацієнтів, що аналізувалась склала 5,4%.

Середня тривалість лікування у стаціонарі була  $12,3 \pm 4,1$  день.

**Висновки та перспективи подальших розробок**

1. Спектр антибактеріальних препаратів відповідає тим, які рекомендовані державними настановами для лікування НП. Фторхінолони отримували 89,2% пацієнтів. Необґрунтовано часте призначення альтернативної комбінації цефалоспоринів 3 покоління та левофлоксацину, яка рекомендована для лікування важкої НП в умовах відділення реанімації та інтенсивної терапії, пацієнтам з середньо важким перебігом захворювання спостерігалось у 64,9% випадків.

2. Застосування левофлоксацину та гатіфлоксацину

супроводжувалось втратою контролю над ЦД у 45,9% пацієнтів. Можливо сприяло виникненню фатального гіпоглікемічного стану.

3. Фторхінолони не можуть бути препаратами вибору для лікування НП у даній категорії пацієнтів і можуть бути призначені лише за життєвими показами під ретельним контролем рівня глюкози крові.

Для покращення наслідків лікування НП у хворих з ЦД потрібно проведення контрольованих оглядових досліджень, які можуть стати підґрунтям для створення рекомендації щодо ведення даного контингенту пацієнтів.

**Список літератури**

Негоспітальна пневмонія у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія (проект клінічних настанов) Частина I / Ю. І. Фещенко, О. А. Голубовська, К. А. Гончаров [та ін.] // Укр. пульмон. журн. - 2012. - № 4. - С. 5-17.

Biggs W. S. Hypoglycemia and hyperglycemia associated with gatifloxacin use in elderly patients / W. S. Biggs // J. Am. Board Fam. Pract. - 2003. - Vol. 16. - P. 455 - 457.

Effects of gatifloxacin and levofloxacin on rates of hypoglycemia and hyperglycemia among elderly hospitalized patients / T. Lodise, J. Graves, C. Miller [et al.] // Pharmacotherapy. - 2007. - Vol. 27(11). - P. 1498 - 1505.

Etiology and factors contributing to the severity and mortality of community-acquired pneumonia / T. Ishiguro, N. Takayanagi, S. Yamaguchi [et al.] // Intern. Med. - 2013. - Vol. 52. - P. 317 - 324.

Frequency and relevance of concomitant diseases in elderly patients hospitalized for community-acquired pneumonia / M. Djuric, D. Povazan, N. Secen [et al.] // Srp. Art. Celok. Lek. - 2009. - Vol. 137 (11-12). - P. 619 - 626.

Gatifloxacin acutely stimulates insulin secretion and chronically suppresses insulin biosynthesis / C. Yamada, K. Nagashima, A. Takahashi [et al.] // Eur. J. Pharmacol. - 2006. - Vol. 553 (1-3). - P. 67 - 72.

Gatifloxacin produces both hypoglycemia and hyperglycemia: a retrospective study / H. Haerian, P. McHugh, R. Brown [et al.] // Am. J. Med. Scie. - 2008. - Vol. 335 (2). - P. 95 - 98.

Management in the emergency room of patients requiring hospital treatment of community-acquired pneumonia / D. Martinez, V. Alvarez Rodriguez, M. Martinez Ortiz de Zarate [et al.] // Rev. Esp. Quimioter. - 2009. - Vol. 22 (1). - P. 4 - 9.

Onyenwenyi A. J. An evaluation of the effects of gatifloxacin on glucose homeostasis / A. J. Onyenwenyi, A. G. Winterstein, R. C. Hatton // Pharm. World Sci. - 2008. - Vol. 30 (5). - P. 544 - 549.

Severe Dysglycemia with the Fluoroquinolones: A Class Effect? / Sherrie L. Aspinall, Chester B. Good, Rong Jiang [et al.] // CID. - 2009. - Vol. 49. - P. 402 - 408.

Singanayagam A. Admission hypoglycaemia is associated with adverse outcome in community-acquired pneumonia / A. Singanayagam, J. D. Chalmers, A. T. Hill // Eur. Respir. J. - 2009. - Vol. 34. - P. 932 - 939.

**Демчук А. В.**

**ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ ФТОРХИНОЛОНОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

**Резюме.** Проведено проспективное исследование эффективности, соответствия государственным рекомендациям, безопасности применения фторхинолонов для антибактериального лечения негоспитальной пневмонии (НП) у 37 больных сахарным диабетом (СД) II типа. Средний возраст - 64,9±11,5 лет, мужчин - 15 (40,5%), женщин - 22 (59,5%). Выявили, что перечень назначенных антибиотиков соответствует тем, которые рекомендованы для лечения НП. Фторхинолоны назначали 33 (89,2%) пациентам. Наблюдалось чрезмерное необоснованное использование альтернативной комбинации цефалоспоринов III поколения и левофлоксацина большим со средне тяжелым течением НП в 24 (64,9%) случаях. Потеря контроля над СД со значительной гипергликемией или резкими колебаниями уровня глюкозы крови наблюдалась у 11 (42,3%) пациентов, получавших левофлоксацин и у всех, кто лечился гатифлоксацином. Одна пациентка, лечившаяся левофлоксацином, умерла от гипогликемии, развившейся после выздоровления от НП. Фторхинолоны не могут быть препаратами выбора для лечения НП у данной категории пациентов и должны назначаться только по жизненным показаниям под контролем уровня глюкозы крови.

**Ключевые слова:** негоспитальная пневмония, сахарный диабет, фторхинолоны.

**Demchuk H. V.**

**ESTIMATION OF SAFETY OF FLUOROQUINOLONES FOR THERAPY OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA OF THE PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS**

**Summary.** Prospective study of the efficacy, correspondence to national guidelines, and safety of the fluoroquinolones use for antibacterial therapy of the community-acquired pneumonia (CAP) at 37 patients with diabetes mellitus II type (DM) was conducted. Average age was 64,9±11,5 years, male - 15 (40,5%), female - 22 (59,5%). It was established all prescribed antibiotics corresponded to recommendations for CAP treatment. Fluoroquinolones was prescribed 33 (89,2%) of patients. Ungrounded use of alternative combination of cephalosporines III generation and levofloxacin for therapy of the moderate CAP patients was remarked at 24 (64,9%) cases. Lost of DM control with significant hyperglycemia and high level of changeable blood glucose was observed at 11 (42,3%) patients treated with levofloxacin and all who received gatifloxacin. One patient had been treated with levofloxacin died due to hypoglycemia developed after recovery from CAP. Fluoroquinolones can not be the antibiotics of choice for CAP treatment of the DM patients and must be use only by vital evidence with control of the blood glucose.

**Key words:** *community-acquired pneumonia, diabetes mellitus, fluoroquinolones.*

Стаття надійшла до друку 26.05.2014 р.

Демчук Ганна Василівна - к. мед. н., доц. кафедри пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 050 445-48-75; avdemchuk@yahoo.com

© Дудник В.М., Вижга Ю.В., Березницький О.В.

УДК: 616.72-002-053.2

**Дудник В.М., Вижга Ю.В., Березницький О.В.**

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра педіатрії № 2 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

## КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕБЮТУ ЮВЕНІЛЬНОГО РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ

**Резюме.** В Україні та світі актуальною залишається тема вивчення запальних та дегенеративних уражень кістково-м'язевої системи у дітей, як складної патології, що призводить до інвалідизації населення та надмірного використання ресурсів системи охорони здоров'я. У ході дослідження нами було комплексно обстежено 72 дитини, хворих на ЮРА. Отримані результати дозволили оцінити клініко-лабораторні особливості дебюту ЮРА в залежності від активності захворювання.

**Ключові слова:** ювенільний ревматоїдний артрит, клінічний перебіг, діти.

### Вступ

Пріоритетним напрямком системи охорони здоров'я України є удосконалення медичної допомоги дітям, зниження дитячої захворюваності, смертності та профілактика інвалідності [Казанцева, 2012]. За останнє десятиріччя істотно зросла увага до проблеми ревматологічної патології, особливо серед дитячого населення. У країнах світу та в Україні спостерігається зростання частоти запальних і дегенеративних уражень суглобів, у тому числі і ювенільного ревматоїдного артриту (ЮРА) - хронічного аутоімунного системного запального захворювання сполучної тканини, що почалося у дітей до 16-річного віку, із переважним ураженням суглобів у вигляді ерозивно-деструктивного прогресуючого поліартриту із наступною деформацією суглобів та можливим залученням у патологічний процес інших органів та систем [Бережний, 2009; Омельченко, 2011].

Актуальність та соціальна значимість цієї проблеми визначаються не лише частотою захворювання, важкістю перебігу, недостатньою ефективністю лікувальних заходів, але й наслідками перебігу хвороби - високим відсотком інвалідності та скороченням тривалості життя. ЮРА займає третє місце в структурі інвалідності молодих осіб працездатного віку, причому близько 30 - 50% хворих втрачають працездатність після трьох - п'яти років тривалості хвороби [Dewint, 2011].

Проте до сьогодні існують значні труднощі у діагностиці захворювання, частою причиною чого є завуальованість клінічної картини, відсутність можливості ранньої діагностики ЮРА. До 30% сягають показники діагностичних помилок впродовж першого року захворювання, серед них - 78% - помилково встановлені інші діагнози, окрім ЮРА [Бережний, 2009; Салугина, 2012; Jordan 2012].

Саме тому, метою нашого дослідження було оцінити клініко-лабораторні особливості дебюту ЮРА.

### Матеріали та методи

Під нашим спостереженням знаходилось 72 дітей з ЮРА, що перебували на диспансерному обліку та лікуванні у Вінницькій обласній дитячій клінічній лікарні. Середня тривалість захворювання у обстежених дітей становила 23,2±1,3 місяці.

У ході дослідження пацієнтів обстежували з використанням клінічних і лабораторних методів за такими параметрами: оцінка скарг дитини та об'єктивне обстеження, визначення активності запального процесу та ступеня дегенеративно-деструктивних змін на момент дослідження. Оцінка загального стану пацієнта проводилась із використанням візуальних аналогових шкал. Оцінка суглобового синдрому проводилась із використанням шкали Річі. Ступінь порушення функцій самозабезпечення встановлювався за допомогою опитувальника HAQ (Health Assessment Questionnaire), адаптованого для дітей, відповідно до рекомендацій американської асоціації ревматологів (ARA). Лабораторно-інструментальні дослідження полягали у виконанні загальноклінічних досліджень за встановленими стандартними методиками. На основі отриманих лабораторних показників, а саме ШОЕ та вмісту С-реактивного протеїну була розрахована активність захворювання (DAS) з використанням стандартизованих формул ARA. Діти були розподілені на 2 групи, з помірно, та високою активністю захворювання на основі клінічних проявів ЮРА, а також показнику ШОЕ, вмісту С-реактивного протеїну, індексу DAS.

Дані досліджень проаналізовано згідно з рекомендаціями щодо статистичної обробки результатів медико-біологічних досліджень та з використанням комп'ютерної програми Statistica 6.0. Для кожної групи показників визначали середнє арифметичне (M), середнє квадратичне відхилення (?), середню помилку (m). Достовірність різниці між середніми значеннями оціню-