

ТЕЗИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ «ВСЕУКРАЇНСЬКИЙ РЕВМАТОЛОГІЧНИЙ ФОРУМ–2023 З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ», 25–27 ЖОВТНЯ 2023 Р.

1. ОЦІНКА ВИРАЖЕНОСТІ ЦЕНТРАЛЬНОЇ СЕНСИТИЗАЦІЇ ЗА ДОПОМОГОЮ CENTRAL SENSITIZATION INVENTORY У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

В.О. Бомбела, М.А. Станіславчук

Кафедра внутрішньої медицини № 1
Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

Вступ. Ревматоїдний артрит (РА) є поширеним запальним системним захворюванням з домінуванням аутоімунних механізмів патогенезу та больового синдрому як основних клінічних проявів. Дослідження останніх років демонструють, що центральна сенситизація (ЦС) відіграє важливу роль у механізмах перцепції болю та чинить вагомий вплив на перебіг основного захворювання.

Мета. Оцінити вираженість ЦС за допомогою Central Sensitization Inventory (CSI) у хворих на РА.

Матеріали та методи. У дослідженні брали участь пацієнти зі встановленим діагнозом РА відповідно до критеріїв Американського коледжу ревматології (American College of Rheumatology — ACR)/Європейського альянсу ревматологічних асоціацій (European Alliance of Associations for Rheumatology — EULAR), 2010. ЦС встановлювали за допомогою української версії анкети CSI. CSI Symptom Severity Calculator (www.pridedallas.com/questionnaires/) використовували для кластеризації пацієнтів у підгрупи за тяжкістю симптомів, пов'язаних із ЦС. Хворобоспецифічні показники визначалися за індексами DAS-28, SDAI, CDAI. Інтенсивність больового синдрому оцінювали за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ). Статистичну обробку даних виконували за допомогою програмного забезпечення MS Excel та SPSS22 (©SPSS Inc.). Усі результати представлені у вигляді середнього значення зі стандартним відхиленням ($M \pm SD$).

Результати. Обстежено 156 пацієнтів (82% — жінки), середній вік яких становив $56,4 \pm 13,2$ року із тривалістю захворювання $8,9 \pm 8$ років. У обстежених хворих відмічали переважно помірну та високу активність захворювання. За анкетною CSI ($CSI > 40$) ЦС виявлена у 58 пацієнтів, що становить 37,2%. Встановлено, що група пацієнтів з низьким рівнем тяжкості симптомів, пов'язаних із ЦС, становила 24%, з середнім — 42% та високим — 34%. Слід зазначити, що рівень вираженості ЦС прямолінійно корелював із хворобоспе-

цифічними показниками: чим більша вираженість ЦС, тим вищі показники захворювання. Достовірність відмінностей між цими групами була на рівні $p < 0,05$ (таблиця).

Таблиця

Відмінність хворобоспецифічних показників та показників CSI залежно від рівня тяжкості симптомів, пов'язаних із ЦС ($M \pm SD$)

Значення	Низький рівень тяжкості симптомів, пов'язаних із ЦС, $n=38$	Середній рівень тяжкості симптомів, пов'язаних із ЦС, $n=66$	Високий рівень тяжкості симптомів, пов'язаних із ЦС, $n=52$	p
CSI	$14,9 \pm 12,1$	$30,1 \pm 4,4$	$50,5 \pm 8,6$	
DAS28-ШОЕ	$4,3 \pm 0,7$	$4,8 \pm 0,8$	$5,5 \pm 0,8$	$P_{1,2} < 0,05$;
SDAI	$27,9 \pm 6,4$	$32,6 \pm 7,7$	$41,9 \pm 8,9$	$P_{2,3} < 0,05$.
CDAI	$25,8 \pm 6,6$	$29,6 \pm 7,2$	$38,7 \pm 9$	
ВАШ	$5,9 \pm 1,1$	$6,5 \pm 1,3$	$7,8 \pm 1,2$	

Примітки: DAS-28 — The Disease Activity Score-28; SDAI — The Simple Disease Activity Index; CDAI — The Clinical Disease Activity Index; p — достовірність відмінностей між групами.

Висновок. ЦС є поширеним явищем у хворих на РА. Вираженість ЦС асоціюється з активністю РА та вираженістю болю, що слід враховувати в комплексному лікуванні цієї категорії пацієнтів.

2. ВМІСТ ВАЗОАКТИВНИХ МЕДІАТОРІВ У ПІДЛІТКІВ ІЗ СИСТЕМНИМ ЧЕРВОНИМ ВОВЧАКОМ

**Т.О. Головка^{1,2}, Л.Ф. Богмат¹, Н.С. Шевченко^{1,2},
Ю.В. Волкова¹, Л.Л. Сухова¹, Д.А. Кашкалда¹**

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

²Харківський національний університет
імені В.Н. Каразіна, медичний факультет,
кафедра педіатрії, м. Харків, Україна

Системний червоний вовчак (СЧВ) — аутоімунне хронічне захворювання невизначеної етіології, при якому в патологічний процес залучаються всі органи та системи організму, в тому числі серцево-судинна. Спектр кардіологічної патології різноманітний, і в патологічний процес можуть залучатися усі структури серця, але 1-ше місце за частотою займає міокардит. Його відмічають практично у всіх дітей із СЧВ. Ураження призводить до розвитку серцевої недостатності (СН), ранніми ознаками якої є активація симпатоадреналової системи та підвищення рівня натрійуретичного пептиду (NT-proBNP).

За останні десятиріччя прогноз захворювання значно покращився завдяки використан-

ню активної імуносупресивної терапії. Разом із тим довготривале застосування глюкокортикоїдів (ГК) і цитостатичних препаратів створює додаткові умови для розвитку змін з боку серцево-судинної системи та зумовлює формування незворотних змін, що також може призводити до розвитку СН.

Мета дослідження: визначити рівень NT-proBNP в крові та рівень екскреції катехоламінів (адреналіну та норадреналіну) в добовій сечі у пацієнтів з СЧВ.

Матеріали та методи: обстежено 15 підлітків з СЧВ (14 дівчат та 1 хлопець) віком $14,13 \pm 0,64$ року з тривалістю захворювання $52,00 \pm 12,56$ міс, які отримували базисну імуносупресивну терапію 1 рік та більше (азатіоприном $28,73 \pm 5,50$ міс, гідроксихлорохіном $26,93 \pm 5,58$ міс, метілпреднізолоном $32,87 \pm 9,64$ міс). На момент обстеження дози препаратів базисної терапії були наступними: азатіоприну — $2,09 \pm 0,19$ мг/кг маси тіла, гідроксихлорохіну — $4,98 \pm 0,49$ мг/кг маси тіла, метілпреднізолону — $0,18 \pm 0,03$ мг/кг маси тіла. У групу контролю включили 16 здорових дівчат віком $13,70 \pm 0,38$ року.

Для оцінки стану симпатoadреналової системи досліджували вміст катехоламінів (адреналіну та норадреналіну) в добовій сечі методом окиснення йодом з утворенням флуоресцентних тригідроксиіндолів (адренолютину і норадренолютину) і подальшій флуориметрії на аналізаторі Флуорат 02-АБЛФ-Т (Санкт-Петербург, Росія). Дослідження NT-proBNP у крові проводилося методом конкурентного імунаналізу на аналізаторі IMMULITE 2000 Siemens. Статистична обробка отриманих даних проводилася за допомогою пакету прикладних програм SPSS17 (ліцензія 4a180844250981ae3dae-s/nSPSS17) на IBM PC Pentium-4. Розраховували середню арифметичну величину і стандартну похибку, медіану, визначали верхній та нижній квартилі для всіх показників. Порівняння показників проводили з аналогічними показниками підлітків групи контролю.

Результати: у пацієнтів з СЧВ рівень NT-proBNP знаходився в межах вікових норм ($47,34 \pm 8,87$ пг/л), але був значно вищим, ніж у дівчат групи контролю ($29,27 \pm 5,23$ пг/л, $p=0,02$). Рівень екскреції катехоламінів у добовій сечі також був у межах вікових норм, при цьому рівень адреналіну був достовірно нижчим, ніж у здорових однолітків (адреналін $24,88 \pm 3,22$ проти $33,34 \pm 3,07$ нмоль/л підлітків групи контролю, $p=0,02$; норадреналін $85,78 \pm 9,75$ проти $104,51 \pm 7,95$ нмоль/л підлітків групи контролю, $p=0,07$). Співвідношення адреналін/норадреналін достовірно не змінювалося ($0,29 \pm 0,02$ проти $0,32 \pm 0,01$, $p=0,2$).

Таким чином, підвищення рівня NT-proBNP в крові та зниження екскреції адреналіну в добовій сечі у пацієнтів із СЧВ може впливати на формування серцево-судинних порушень.

3. ВИВЧЕННЯ РОЛІ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-2, ВАСКУЛЯРНОГО ЕНДОТЕЛІАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТУ ТА ЕНДОТЕЛІНУ-1 В ДІАГНОСТИЦІ СИСТЕМОГО ЧЕРВОНОГО ВОВЧАКА

В.В. Дубас, О.А. Підгайна

ДУ «ННЦ «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини ім. акад. М.Д. Стражеска НАМН України», Київ, Україна

Доступні зараз лабораторні маркери системного червоного вовчака (СЧВ) значно полегшують процес діагностики та визначення активності захворювання, проте їх інформативність у частини пацієнтів є недостатньою.

Метою роботи є дослідити сироваткові концентрації інтерлейкіну-2 (ІЛ-2), ендотеліну-1 (ЕТ-1), васкулярного ендотеліального фактора росту А (vascular endothelial growth factor А — VEGF-A) та його розчинного рецептора 1-го типу (sVEGF-R1) у хворих на СЧВ з високою та низькою активністю захворювання, порівняти зі здоровими особами та вивчити їх зв'язки з концентрацією гострофазових білків (С-реактивний білок (СРБ), сироватковий амілоїд А (САА), феритин) та рутинними лабораторними показниками.

Методи дослідження. У дослідження включено 38 хворих на СЧВ, що проходили лікування у ДУ «ННЦ «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини імені академіка М.Д. Стражеска НАМН України» в період 2021–2023 рр. У контрольну групу включено 14 здорових осіб, зіставних за віком та співвідношенням статі.

Результати дослідження. Сироваткові рівні VEGF-A, sVEGF-R1 та ЕТ-1 є достовірно вищими у пацієнтів з СЧВ порівняно з контрольною групою, а VEGF-A і ЕТ-1 — вищими у пацієнтів з високою активністю захворювання порівняно з пацієнтами з низькою чи помірною активністю. Рівень ІЛ-2 достовірно не відрізнявся, проте в обох групах можна виділити пацієнтів з умовно низьким ($68,4$ – $122,2$ пг/мл) та високим ($254,2$ – $1939,8$ пг/мл) рівнем цього показника. У другій групі виявлено достовірно нижчий рівень VEGF-A ($p=0,006$) та вищий рівень СРБ з достовірністю на рівні тенденції ($p=0,088$). Також встановлено прямі кореляційні зв'язки VEGF-A та ЕТ-1 між собою та з рівнем САА, а також VEGF-A та феритину, що підтверджує синергічність їх прозапальних властивостей. Не виявлено жодних кореляцій з рівнем СРБ, що підтверджує недостатню інформативність останнього як показника активності СЧВ. При проведенні регресійного аналізу створено математичну модель виду $Y=e^{-8,32+1,39(ET-1)+0,09(CAA)}; (1+e^{-8,32+1,39(ET-1)+0,09(CAA)})$, де Y — ймовірність високої активності СЧВ у пацієнта із заданими рівнями ЕТ-1 та САА.

Висновки. Доцільним є подальше дослідження груп пацієнтів з високим та низьким рівнем ІЛ-2 для виявлення інших значимих відмінностей між ними. Створена на основі отриманих результатів математична модель може бути корисною для визначення активності хвороби, коли загальноприйняті методи є недостатньо інформативними.

4. ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ОСТЕОПОРОЗУ НА ФІЗИЧНУ ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ ІЗ САРКОПЕНІЄЮ

А.А. Заздравнов, В.Є. Шапкін

*Харківський національний медичний університет,
м. Харків, Україна*

Саркопенія (СП), як і остеопороз (ОП) вважаються доведеними системними проявами цукрового діабету 2-го типу (ЦД-2). Згідно з Європейським консенсусом з визначення та діагностики СП інсулінорезистентність є патогенетичною ланкою формування СП. Високі рівні продуктів глікування, які накопичуються у хворих на ЦД-2, діабетичні нейро- та ангіопатія зумовлюють зниження показників кистьової динамометрії та низьку швидкість ходи. Поряд зі зменшенням м'язової маси, характерною ознакою СП є зниження фізичної працездатності (ФП). ОП також супроводжується зниженням ФП. Часте поєднання цих уражень опорно-рухового апарату при різних захворюваннях, включно із ЦД-2, стало приводом для впровадження специфічного терміну — остеосаркопенія (ОСП). Отже, у хворих з ЦД-2, ускладненим ОСП, можна очікувати прогресивного зниження ФП.

Мета роботи — дослідити вплив ОП на ФП хворих із ЦД-2 та СП.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 38 пацієнтів з ЦД-2 СП, у тому числі 16 — із супутньою ОСП (основна група) та 22 — із СП (група порівняння). Середній вік пацієнтів становив $63 \pm 1,18$ року, переважали чоловіки (21). За основними характеристиками (вік, стать, індекс маси тіла, тривалість анамнезу ЦД-2) групи хворих були зіставними між собою. Усім пацієнтам з метою скринінгу СП проведено анкетування за опитувальником SARC-F (критичний рівень — 4 бали та більше) і кистьова динамометрія (критичний рівень для жінок — менше 16 кг, для чоловіків — менше 27 кг). Пацієнтам з виявленою СП на етапі скринінгу для верифікації діагнозу виконано біоімпедансометрію. Для діагностики ОП використовували алгоритм FRAX. Оцінка ФП проводилася за допомогою Short Physical Performance Battery (SPPB). При статистичній обробці результатів визначали непараметричний критерій χ^2 . Критичний рівень значущості при перевірці статистичних гіпотез становив 0,05.

Отримані результати. У всіх обстежених пацієнтів з ЦД-2 відзначалося закономірне зниження ФП, адже ці зміни є характерними для СП. Астенію (7 балів та менше) виявлено у 15 (93,7%) хворих основної групи та у 17 (77,3%) осіб групи порівняння. Преастенію (8–9 балів за результатами SPPB) реєстрували у 1 (6,3%) та 5 (22,7%) пацієнтів відповідно. Незважаючи на деяке превалювання більш тяжких розладів ФП у групі пацієнтів з ОСП, вірогідних статистичних розбіжностей в розподілі комплексу преастенія/астенія між групами хворих не виявлено — $\chi^2=1,891$, $p=0,17$.

На наш погляд, подібні зміни можна пояснити відносно малим внеском ОП в процеси пригнічення ФП порівняно з СП, яка є визначальним фактором формування м'язової слабкості при ЦД-2. У хворих на ЦД-2 відбувається формування хибного патогенетичного кола. Пригнічення м'язових функцій та зниження фізичної активності погіршує чутливість тканин до інсуліну, негативно впливає на метаболізм вуглеводів та перебіг основного захворювання. У свою чергу, несприятливий перебіг ЦД-2 посилює процеси деградації м'язів та подальше зниження м'язової активності.

Висновки. У хворих на ЦД-2, перебіг якого ускладнений СП, виявляється зниження ФП, що погіршує перебіг основного захворювання. Поряд із цим формування ОСП-комплексу у цих пацієнтів не супроводжується додатковим зниженням ФП.

5. КЛІНІЧНІ ТА ЛАБОРАТОРНІ ПРЕДИКТОРИ ДОСЯГНЕННЯ МЕТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА СИСТЕМНИЙ ЧЕРВОНИЙ ВОВЧАК

Д.І. Коляденко, О.Б. Яременко

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

Мета дослідження. Системний червоний вовчак (СЧВ) характеризується поліорганичним ураженням і рецидивним перебігом. Одним із факторів, що визначають несприятливий життєвий прогноз при СЧВ, є висока активність захворювання. Тому досягнення ремісії або низької активності захворювання є основною метою сучасного «treat-to-target» менеджменту хворих на СЧВ. Мета нашої роботи — вивчення клінічних характеристик, рівнів маркерів запалення, інтерлейкіну-10 та специфічних аутоантитіл як потенційних предикторів досягнення мети лікування (ремісія або низька активність).

Методи дослідження. Обстежено 72 хворих на СЧВ віком 31 (24–44) рік, серед них 59 жінок (81,9%) та 13 чоловіків (18,1%). Майже половина (48,6%) хворих на момент первинного звернення не отримували лікування, 51,4% отримували пероральні глюкокортикоїди у дозі 20 (11–40) мг/добу у преднізолоновому еквіваленті та/або імуносупресивні препарати. При первинному зверненні всім хворим призначено клінічно обґрунтовану терапію СЧВ відповідно до поточних рекомендацій. На повторному візиті (через 2–12 міс) оцінювали зміну індексу активності захворювання SLEDAI-2K. Клінічно значущим покращанням вважали зниження індексу SLEDAI-2K на ≥ 4 бали та/або досягнення низької активності СЧВ (SLEDAI-2K ≤ 4 балів). При первинному і повторному зверненні проводили оцінку клінічних проявів захворювання, визначали рівні швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ) та С-реактивного білка (СРБ), спектр специфічних аутоантитіл. У 39 хворих, обстежених у період проведення цього дослідження, на первинному візиті додатково визначали сироваткові рівні високочутливого СРБ (вчСРБ), інтерлейкіну-6 (ІЛ-6), інтерлейкіну-10 (ІЛ-10) та анти-тіл до СРБ (АТ-СРБ). Чинники-предиктори клінічно

значущого покращання перебігу СЧВ визначали методом логістичного регресійного аналізу.

Отримані результати. Хворі, які в період спостереження досягли клінічно значущого покращання стану, мали вдвічі меншу тривалість захворювання при первинному зверненні, нижчі вихідні рівні ШОЕ та вищі рівні СРБ, вищий титр антитіл до двоспіральної ДНК (АТ-дсДНК) та вищу частоту виявлення АТ-La/SSB порівняно з пацієнтами, яким не вдалося досягти клінічно значущого покращання стану. Крім того, у хворих, які досягли мети лікування, виявлено вищі початкові рівні вЧСРБ, АТ-СРБ та ІЛ-10 порівняно з пацієнтами без клінічно значущого покращання. Відмінностей між групами за основними клінічними проявами не відмічено. При проведенні однофакторного аналізу виявлено, що менша тривалість захворювання (відношення шансів (ВШ) 0,99; 95% довірчий інтервал (ДІ) 0,97–0,99; $p=0,028$), нижчий вихідний рівень швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ) (ВШ 0,98; 95% ДІ 0,95–0,99; $p=0,041$), вищий титр АТ-дсДНК (ВШ 1,02; 95% ДІ 1,00–1,40; $p=0,029$), позитивні АТ-La/SSB (ВШ 7,10; 95% ДІ 1,23–41,00; $p=0,028$) є предикторами досягнення клінічно значущого покращання стану. У багатофакторному логістичному аналізі позитивність за АТ-La/SSB (ВШ 33,10; 95% ДІ 2,36–465,00; $p=0,009$) асоціювалася з імовірністю досягнення мети лікування, тоді як з підвищенням вихідного рівня ШОЕ зростає ризик недостатньої відповіді на лікування (ВШ 0,95; 95% ДІ 0,90–0,99; $p=0,037$). Площа (AUC) під відповідною кривою операційних характеристик (ROC) моделі становила 0,81 (95% ДІ 0,67–0,94). При аналізі прогностичної значущості додаткових лабораторних маркерів запального синдрому в рамках однофакторної моделі виявлено, що вищі початкові рівні ІЛ-10 (ВШ 1,06; 95% ДІ 1,01–1,12; $p=0,033$) і АТ-СРБ (ВШ 1,44; 95% ДІ 1,02–2,05; $p=0,039$) є предикторами досягнення мети лікування.

Висновки. Основними предикторами досягнення клінічно значущого покращання перебігу СЧВ є позитивність за АТ-La/SSB і нижчі вихідні рівні ШОЕ.

6. ІG G4-ЗАЛЕЖНИЙ РЕТРОПЕРИТОНЕАЛЬНИЙ ФІБРОЗ З ГОСТРИМ ПОШКОДЖЕННЯМ НИРОК, ОПИС КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ ТА ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

В.Г. Кравченко

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

Мета: презентувати клінічний випадок ІgG4-залежного ретроперитонеального фіброзу (ІgG4-РПФ) з розвитком вторинного гідронефрозу внаслідок обструкції сечовивідних шляхів, а також проаналізувати дані літератури щодо клінічних проявів, лабораторних змін, особливостей лікування та віддалених наслідків ІgG4-РПФ.

Методи дослідження. Огляд літератури проведено за допомогою бази даних MEDLINE з використанням ключових слів «ретроперитонеальний фіброз» або «хвороба Ормонда» або «ІgG4-залежне за-

хворювання» та «обструкція сечовивідних шляхів» або «гостре пошкодження нирок». В огляд включено лише обсерваційні дослідження та клінічні випадки, опубліковані англійською мовою з 2003 до 2023 р.

Отримані результати. Опис клінічного випадку.

Д., хворий віком 53 років, госпіталізований у відділення терапії КНП «Київська міська клінічна лікарня № 3» у грудні 2022 р. у зв'язку з вираженими набряками нижніх кінцівок, загальною слабкістю та підвищенням артеріального тиску.

Відомо, що з 2018 р. хворого турбував біль у животі в положенні лежачи, а в грудні 2019 р. виник значний набряк лівої нижньої кінцівки. За результатами комп'ютерної томографії (КТ) (сполучнотканнна маса заочеревинного парааортального простору на рівні від L3 по S1, яка охоплювала на 360° нижній відділ черевної аорти, а також набряк підшлункової залози), біопсії парааортального новоутворення (сполучна тканина з вогнищевим щільним лімфогістіоплазмоцитарним інфільтратом з домішкою поодиноких сегментоядерних лейкоцитів), імуногістохімічного дослідження біоптату (плазматичні клітини, позитивні за CD138+, CD38+, Ig G та Ig G4, співвідношення ІgG-позитивних до Іg G4-позитивних клітин становило 1:1), лабораторних досліджень (сироватковий рівень ІgG4 1825 мг/л при нормі 52–1250 мг/л), огляду пацієнта (збільшений безболісний лівий паховий лімфатичний вузол), встановлено діагноз «ІgG4-залежне захворювання з ураженням заочеревинного простору (ІgG4-РПФ (хвороба Ормонда)), системи мононуклеарних фагоцитів (лімфаденопатія) та підшлункової залози (АІП)». Призначено глюкокортикоїди (ГК) — преднізолон 30 мг на добу протягом 2 тиж з подальшим зниженням дози. На фоні прийому ГК відмічена позитивна клінічна динаміка, проте хворий самостійно відмінив ГК через 2 міс.

На момент госпіталізації: самостійний діурез знижений, набряки нижніх кінцівок, за даними ультразвукового дослідження (УЗД) — ознаки двобічного уретерогідронефрозу, ШОЕ 45 ммоль/год, СРБ 5,72 мг/л, підвищення сироваткового рівня сечовини (27,6 ммоль/л), креатиніну (716 мкмоль/л), калію (5,41 ммоль/л).

Діагностовано гостре постренальне пошкодження нирок, двобічний уретерогідронефроз з розвитком вторинної артеріальної гіпертензії на фоні ІgG4-РПФ, в ургентному порядку проведено двобічну перкутанну нефростомію. Після накладання нефростом за 1-шу добу діурез становив 22 л, хворий відмічав значне покращання самопочуття, зникнення набряків, проте відмічена гіпокаліємія тяжкого ступеня (2,4 ммоль/л), було розпочато терапію препаратами калію з моніторингом електрокардіограми (ЕКГ). У динаміці відмічали поступове зниження рівня креатиніну з його повною нормалізацією та відновлення нормального рівня калію. Одночасно хворий отримував ГК в протокольних дозах. На завершальному етапі лікування хворому проведено контрольну КТ через 6 міс.

При проведенні літературного пошуку знайдено 27 прийнятної якості публікацій за тематикою РПФ

з ураженням сечовидільної системи. В аналіз включено 202 хворих віком $57,6 \pm 13,0$ року з вираженим переважанням чоловіків (85%). Основними клінічними проявами IgG4-РПФ є біль у животі, лихоманка та схуднення. Класичним проявом ураження сечовидільної системи у хворих на IgG4-РПФ є розвиток гідронефрозу та гострого пошкодження нирок внаслідок обструкції сечоводів. Лише у 2 хворих захворювання супроводжувалося тубулоінтерстиціальним нефритом, у 1 хворого — мембранозним гломеруло-нефритом та у 2 хворих виникли паранефральні ураження зі зниженням ниркової перфузії та ішемічним пошкодженням нирок.

Висновки. Клінічний випадок демонструє, що переривання лікування ГК у хворих із IgG4-РПФ може призвести до уретерогідронефрозу з розвитком гострого пошкодження нирок. У таких випадках оптимальним варіантом лікування можна вважати стентування сечоводів.

7. НЕЕФЕКТИВНІСТЬ ТЕРАПІЇ УРАТЗНИЖУВАЛЬНИМИ ПРЕПАРАТАМИ ЧИ ІНШІ ПРИЧИНИ ВІСЦЕРАЛЬНИХ УРАЖЕНЬ У ПАЦІЄНТКИ З ПОДАГРОЮ

**Г.П. Кузьміна, М.О. Єжеменський,
О.Я. Маркова, О.М. Лазаренко**

*Дніпровський державний медичний університет, Дніпро,
Україна*

Діагноз подагри — це сигнал до пошуку нерозпізнаних супутніх станів і причин та механізмів розвитку, що лежать в їх основі. З огляду на те, що подагра являє собою розповсюджене порушення обміну речовин із симптомами локалізованого запалення, яке викликається хронічним та/або епізодичним відкладенням кристалів моноурату натрію (МУН) в суглобах і м'яких тканинах, змінилося розуміння щодо взаємодії запалення при метаболічних порушеннях. У разі вісцеральної форми подагри найбільш частими місцями відкладення тофусів є нирки, печінка, селезінка, легені, перикард, підшкірні та інші м'які тканини.

Метою цього дослідження було проведення моніторингу нових уражень органів-мішеней у пацієнтки з вісцеральною формою подагри.

Результати дослідження. Н., пацієнтка 1967 р. народження, звернулася зі скаргами на помірно виражений біль у грудях, задишку при фізичному навантаженні, загальну слабкість та періодичний кашель. У 2021 р. в умовах стаціонару проведено хірургічне втручання: відеоторакоскопія. Ендоскопічна резекція SVII нижньої частки лівої легені з наступною біопсією утворень легень і лімфовузлів середостіння. Результати гістологічного дослідження: аморфні маси представлені у поєднанні з організованою хронічною гігантоклітинною гранулематозною структурою (тофус), яка містить скупчення кристалів МУН. Цитологічне дослідження рідини плевральної порожнини встановило наявність кристалів МУН. Представлений випадок нелікованої подагри призвів до вагомих структурних порушень в таких органах, як легені, плевра і привушна залоза. Ендоскопічна резекція нижньої частки легені зліва і ревізія грудної порож-

нини виявили ателектаз, крововилив, запальну інфільтрацію, фіброзно змінені тканини, аморфні маси з організованою хронічною гігантоклітинною гранулематозною структурою, яка представлена кристалами МУН. Під час оперативного втручання на поверхні плеври виявлено порошокподібну речовину. Відеоторакоскопія в цьому випадку виявилася засобом представлення вісцерального пошкодження при подагрі. Пошук діагностичних засобів щодо діагностики вісцеральної форми подагри досі залишається невирішеним. Безумовно, центральну роль у розвитку вісцеральної подагри відіграє відкладення безлічі кристалів МУН.

У пацієнтки, яку ми спостерігали, кристали МУН виявлені в слині, рідині плевральної порожнини, мокротинні, на зразок відомих фактів їх появи в суглобовій рідині та сечі. Кристали сечової кислоти також виявлені в ділянках формування фіброзу легень за результатами променевого дослідження, а також ендоскопічного втручання в ділянці нижньої частки лівої легені.

За даними променевої діагностики, виявлено утворення в ділянці привушної залози з інфільтративно зміненою структурою залози і вогнищем запалення, на зразок тотожного походження. Клінічно визначаються пухкість та інфільтрація ділянок привушної залози. А також за даними магнітно-резонансної томографії виявлені відкладення в ділянках трахеї.

Висновок. Моніторинг нових уражень органів-мішеней у пацієнтки з вісцеральною формою подагри показав неефективність призначеної терапії уратзнижувальними препаратами та розповсюдження ураження ділянок органів-мішеней, таких як трахея та навколотоподібних залоз.

8. ОЦІНКА РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ПОДІЙ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ, ПОЄДНАНОЮ З ГІПЕРУРИКЕМІЄЮ

А.П. Кузьміна, О.Я. Маркова

*Дніпровський державний медичний університет, Дніпро,
Україна*

Поширеність окремих факторів ризику серцево-судинних подій у пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ), поєднаною з гіперурикемією, наступна: чоловіча стать — 90,3%, вік — 55,0 (47,0–60,0) років, спадковість — 20,8%, паління — 56,1%, ожиріння — 95,8%, цукровий діабет (ЦД) 2-го типу — 4,2%, дисліпідемія — 77,8%, підвищення артеріального тиску (АТ) у всіх пацієнтів.

Мета дослідження — визначення пацієнтів з помірним та високим серцево-судинним ризиком за шкалою PROCAM.

Матеріали та методи дослідження. Нами були отримані достовірні кореляції клінічних проявів подагри зі шкалою PROCAM: прямий зв'язок ризику з віком дебюту ($r_s=0,32$; $p<0,05$) та тривалістю подагри ($r_s=0,43$; $p<0,05$).

Результати дослідження. Для визначення показників, які впливають на ступінь серцево-судин-

ного ризику за шкалою PROCAM, визначено параметри метаболічного статусу залежно від рівня серцево-судинного ризику. У пацієнтів високого ризику відмічалися достовірно вищі показники рівня сечової кислоти у крові ($p < 0,05$) та загальної холестерину ($p < 0,05$). Слід зазначити, що значення інших показників були вищими, ніж у хворих низького та помірного ризику, але нам не вдалося встановити вірогідної різниці між групами ($p > 0,05$). За даними літератури, саме метаболічні порушення роблять основний внесок у складову підвищення ступеня серцево-судинного ризику за шкалами SCORE та PROCAM. Узагальнюючи вищенаведене, серед факторів, які погіршують якість життя у цієї категорії осіб, окреслені наступні: вік, загальна кількість уражених суглобів, тривалість останнього загострення подагри за останній рік, вік дебюту подагри. Серія досліджень (Італія), виконана у пацієнтів із коморбідною подагрою, визначила вплив клінічних проявів недуги на якість життя. Як з'ясувалося, на зниження функціонального класу захворювання (ФКЗ) впливали тривалість хвороби понад 5 років, ознаки оліго- або поліартриту, тофусів, загострення артриту за останній рік. Авторами окреслений взаємозв'язок між рівнем сечової кислоти (> 420 мкмоль/л) і зниженням ФКЗ, функціональним станом за HAQ-DI. Метааналіз, проведений R. Ye та співавторами (2018), підтвердив, що у хворих на АГ нижчий рівень якості життя порівняно з нормотензивними пацієнтами за всіма шкалами опитувальника SF-36.

З огляду на наведене, слід зауважити, що якість життя хворих на АГ з коморбідною подагрою взаємобтяжена поєднанням станів, які певною мірою в першу чергу зумовлені больовим синдромом, особливо вираженим під час спалаху, а потім функціональними обмеженнями та психологічними проблемами; до факторів, що впливають на якість життя у пацієнтів з коморбідною подагрою, належать вік, загальна кількість уражених суглобів, тривалість останнього загострення подагри за останній рік, вік дебюту подагри.

Таким чином, використання шкали PROCAM для оцінки ризику розвитку серцево-судинних подій у пацієнтів з АГ в поєднанні з подагрою є обґрунтованим та може бути рекомендованим для широкого використання в клінічній практиці.

9. СКРИНІНГ СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ У ПАЦІЄНТІВ З УРАЖЕННЯМ СУДИН ДРІБНОГО КАЛІБРУ

А.П. Кузьміна, О.Я. Маркова

Дніпровський державний медичний університет, Дніпро, Україна

Серцево-судинний (СС) та цереброваскулярний (ЦВ) ризик дотепер належним чином не вивчено у пацієнтів із васкулітами дрібних судин. Зокрема, дані про сурогатні маркери СС/ЦВ ризику є мізерними, а діагностична цінність традиційних оцінок ризику ЦВ, таких як систематична оцінка коронарного ризику (SCORE) та модифікована версія Європей-

ського альянсу ревматологічних асоціацій (European Alliance of Associations for Rheumatology — EULAR) (mSCORE), невідома.

Метою нашого дослідження стало визначення маркерів, сприйнятливих до визначення СС-ризiku та субклінічного атеросклерозу.

Нами оцінені дуплексно-сонографічні маркери судинного ризику у когорті пацієнтів із васкулітами дрібних судин. Крім того, визначена діагностична цінність SCORE для виявлення пацієнтів із високим СС/ЦВ ризиком.

Методи: шкала SCORE/mSCORE, маркер жорсткості аорти (швидкість каротидно-стегнової пульсової хвилі — cfPWV) досліджували у пацієнтів із васкулітами дрібних судин. Сонографію загальної (CCA), внутрішньої (ICA) і зовнішньої (ECA) сонних артерій проводили, оцінюючи товщину інтими-медіа сонної артерії (cIMT), наявність бляшок та дуплексно-сонографічні індекси.

Визначали СС ризик, наприклад, індекс резистентності (RI) та індекс пульсації (PI). Також були задокументовані характеристики захворювання, клінічні (BVAS, VDI) та серологічні маркери активності (вчСРП), а також традиційні фактори ризику СС захворювань. У дослідження включили 36 пацієнтів із системними васкулітами дрібних судин (гранулематоз з поліангіїтом ($n=7$), еозинофільним гранулематозом з поліангіїтом ($n=5$), мікроскопічним поліангіїтом ($n=11$) та криоглобулінемічним васкулітом ($n=13$)).

Підвищений ризик СС захворювань визначали у майже кожного пацієнта. Ступінь вираженості ризику відрізнявся і у частини пацієнтів залежав від активності процесу та застосованого лікування. Крім того, сонографічне дослідження показало ознаки субклінічного каротидного атеросклерозу у 50% (бляшки) та майже у 75% ($KIM > 0,9$ мм) пацієнтів відповідно.

Висновок. Майже всі пацієнти із васкулітами дрібних судин мали більш високу жорсткість аорти та субклінічний атеросклероз сонних судин. Саме такі ознаки, на наш погляд, можуть бути внесені до складової СС ризиків. Оцінювання таких пацієнтів з ураженням судин дрібного калібру за шкалами SCORE/mSCORE дозволяє виявити високий СС ризик та атеросклероз сонних судин.

На наш погляд, до маркерів, які здатні поліпшити скринінг СС ризику у пацієнтів із васкулітами дрібних судин, належать: товщина cIMT, наявність бляшок, індекс резистентності (RI) та індекс пульсації (PI).

10. ПОТЕНЦІЙНО ЗАГРОЗЛИВІ ДЛЯ ОРГАНІВ/ЖИТТЯ ПРОЯВИ АНЦА-АСОЦІЙОВАНИХ ВАСКУЛІТІВ

А.П. Кузьміна, Л.О. Мудра, Т.В. Хакімова

Дніпровський державний медичний університет, Дніпро, Україна

АНЦА-асоційований васкуліт (ААВ) з протейназою 3 (PR3) генетично пов'язаний з HLA-DP, часто має рецидивуючий характер і схильність до ураження нирок, легень та інших систем. Серед проя-

вів, які не загрожують органам та життю при ААВ, відмічають захворювання носа і навколососових пазух без ураження кісток (ерозії) або колапса хряща, функції нюху або глухоту, міозит (тільки скелетних м'язів), некавітуючі легеневі вузли, епісклерит. Провідну роль серед цитокінів при ААВ відіграє інтерлейкін (IL)-16. Останній продукується різними імунними та неімунними клітинами, але синтез і запас IL-16 регулюється по-різному залежно від типу клітин і стимуляції. Некротизуюче гранулематозне запалення є відмінною рисою гранулематозу з поліангіїтом (ГПА) і мікроскопічного поліангіїту (МПА) з порушенням регуляції нейтрофілів як центральної рухової сили хронічного запалення й аутоімунітету.

Мета дослідження: виявлення потенційно загрозливих для органів/життя проявів.

Матеріали та методи дослідження. За період з 2011 до 2021 р. (в тому числі архівні матеріали) ми спостерігали пацієнтів з ААВ (середній вік 45 років). Серед пацієнтів з розвиненим ГПА (21) та МПА (32) під час першої атаки померли майже 25% (патологоанатомічна верифікація діагнозу: інтерстиціальна пневмонія, крововилив у головний мозок, інфекції тощо). Кумулятивна частота рецидивів за 3 роки захворювання була значно вищою у носіїв ANCA (5 пацієнтів з перебігом, ускладненим туберкульозним процесом). Обстеження останніх 5 років включало визначення рівня IL-16 у сироватці крові. Проводили кореляцію рівня IL-16 з клінічними ознаками, такими як активність захворювання (BVAS-версія 3), індекс VDI і носійство PR3-ANCA. Лікування проводилося згідно з рекомендаціями EULAR.

Результати. Серед пацієнтів, яких спостерігали, потенційно загрозливими виявилися гломерулонефрит, легенева кровотеча, менінгеальне ураження, залучення центральної нервової системи, ретроорбітальна хвороба. Серед цих пацієнтів були навіть такі з менш тяжким перебігом хвороби і менш інтенсивним лікуванням, але підтвердженням ризиком розвитку станів, що загрожували органу або життю. Індукційна доза глюкокортикоїдів (ГК) і частота застосування імуносупресантів суттєво не відрізнялися між носіями ANCA та негативними до ANCA. За період 1-го року хвороби у 24 пацієнтів виник рецидив. У 12 пацієнтів із розвиненим гранулематозним запаленням останнім часом (2017–2021 рр.) визначали циркулюючий IL-16 у сироватці крові, який значно перевищував референтні значення. Середній рівень IL-16 становив 98,3 пг/дл, а медіана балів BVAS і VDI становить 8,0 і 4,0 відповідно. Серед показників, пов'язаних з ААВ, концентрація IL-16 у сироватці крові корелювала з VDI ($r^2=0,299$, $p=0,004$), але не з BVAS ($r^2=0,022$, $p=0,902$). Рівень IL-16 у сироватці крові віддзеркалює бали VDI серед ААВ-специфічних індексів. Підвищений рівень IL-16 позитивно корелював зі статусом BVAS, VDI і PR3-ANCA та негативно зі швидкістю клубочкової фільтрації. Слід зауважити, що процесинг і вивільнення, як наголошують окремі вчені, IL-16 в нейтрофілах пов'язані з апоптозом та вторинним некрозом. Не виклю-

чено, що саме в цьому полягає патофізіологія органних уражень.

Висновок. Кореляція сироваткового IL-16 з клінічними ознаками гранулематозного запалення, пов'язаного з васкулітом, дозволяє передбачити, що саме IL-16 пов'язаний з маркерами активності захворювання що визначаються за BVAS, та пошкодження тканин за VDI. Можливо, з часом ми зможемо вважати IL-16 предиктором рецидиву і смерті у пацієнтів з ААВ. А ідентифікація PR3, як вже з'ясувалося, є додатковим ферментом, який здатен активізувати та контролювати біоактивність IL-16. Потенційно загрозливими виявилися гломерулонефрит, легенева кровотеча, менінгеальне ураження, залучення центральної нервової системи, ретроорбітальна хвороба. Кумулятивна частота рецидивів за 3 роки значно вища у носіїв ANCA.

11. СТРАТИФІКАЦІЯ РИЗИКУ АНТИФОСФОЛІПІДНОГО СИНДРОМУ, АСОЦІЙОВАНОГО ЗІ ЗМІШАНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Г.П. Кузьміна, Т.В. Хакімова

Дніпровський державний медичний університет, Дніпро, Україна

Антифосфоліпідний синдром (АФС), асоційований із синдромом Шарпа, — досить рідкісне явище. Характерними рисами останнього є поєднання окремих ознак системного червоного вовчака (СЧВ), системної склеродермії (ССД), дерматоміозиту (ДМ), хвороби Шегрена, поява антитіл до розчинного ядерного рибонуклеопротейду (РНП) у високих титрах.

Мета дослідження — стратифікація ризику АФС у пацієнтів зі змішаним захворюванням сполучної тканини (СЗСТ) на основі персоніфікованої медицини, що включає індивідуальний підхід до кожного пацієнта, який базується на генетичних та епігенетичних особливостях і відповіді на ліки. Асоціація синдрому Шарпа з АФС ускладнює перебіг та зумовлює виникнення тромбогенних ризиків.

Матеріали та методи дослідження. Стратифікація ризику у пацієнтів з АФС базується на клінічному та/або лабораторному фенотипі, а також лабораторних критеріях (APL-тести). Тест на LA має найвищий ризик тромбозу серед усіх тестів на антифосфоліпіди (аФЛ), а виникнення тромботичної події може бути пов'язано з більш високою смертністю у пацієнтів з LA. Потрібна позитивна реакція на аФЛ являє собою фенотип аФЛ, пов'язаний із найвищим ризиком тромбозу. Некритеріальні аФЛ, такі як aPS/PT, анти-домен-1 α_2 -GPI, стійкість до білка C/активованого білка C (APCr) і антитіла до NET також вважаються важливими щодо тромботичного ризику.

Результати: стратифікація ризику в усіх пацієнтів з АФС підтвердила співпадіння клінічних проявів з множинною позитивністю аФЛ. Серед спостережених пацієнтів прояви АФС асоціювалися в 25% з СЧВ, ДМ, ССД, 36% — синдромом Шегрена. Висо-

кий рівень антитіл проти NET у 45% аФЛ-позитивних пацієнтів, свідчив про потенційну активацію каскада комплемента. Тоді як анти-NET IgM особливо розпізнавали ДНК в NET, види анти-NET IgG, що можливо, з вищою імовірністю спрямовані на білкові антигени, пов'язані з NET.

Зв'язок між активацією комплемента і рецидивуючим тромбозом у пацієнтів з АФС продемонстрований у клінічному випадку. У пацієнта віком 58 років з тривалістю хвороби понад один рік в 2022 р. відзначені явища системного некротизуючого васкуліту з ураженням шкіри та нирок, синдром Рейно. Проведена ампутація культі 2-го, 3-го та 5-го пальців лівої руки. У березні 2023 р. у зв'язку з погіршенням стану (нові ампутації на верхніх та нижніх кінцівках) проведено повторне обстеження і встановлено діагноз АФС, асоційований із хворобою Шарпа. Підґрунтям для встановлення діагнозу були розповсюдження некрозів у відділах верхніх і нижніх кінцівок та множинна позитивність аФЛ за трьома типами. Ефективність терапії глюкокортикоїдами, імуносупресантами та біологічними агентами була обмеженою. Подальше лікування пацієнта потребує персоналізованого підходу з урахуванням високого рівня анти-NET.

Висновок. Потрійна позитивна реакція на аФЛ являє собою фенотип аФЛ, пов'язаний із найвищим ризиком тромбозу. Провідна роль як чинника тромбозапалення при АФС, асоційованому з хворобою Шарпа, відводиться NET (протромботичні та прозапальні мережі ядерної ДНК, гістонів і мікробіцидних білків, витискуваних активованими нейтрофілами). Зв'язок між активацією комплемента і рецидивуючим тромбозом у пацієнтів з АФС є свідченням надмірного відкладення C5b-9 на клітинній поверхні. Загальні заходи для аФЛ-позитивних осіб повинні включати скринінг та суворий контроль серцево-судинних факторів ризику (відмова від куріння; лікування гіпертензії, дисліпідемії та цукрового діабету; а також регулярна фізична активність) у всіх осіб, особливо у тих, хто має профіль високого ризику аФЛ, скринінг та лікування факторів ризику венозного тромбозу, а також застосування низькомолекулярного гепарину у ситуаціях високого ризику, таких як хірургічне втручання, госпіталізація, тривала іммобілізація.

12. СИЛА СТИСКАННЯ У МОЛОДИХ ПАЦІЄНТІВ З ЮВЕНІЛЬНИМ ІДІОПАТИЧНИМ АРТРИТОМ

**М.С. Кулик¹, Р.А. Потьомка², А.Л. Новицька²,
О.І. Івашківський², Т.А. Карасевська¹,
Г.В. Мостбауер¹, М.Б. Джус^{1, 2}**

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

²Комунальне некомерційне підприємство «Олександрівська клінічна лікарня», м. Київ, Україна

Вступ. Сила стискання кисті відображає стан здоров'я людини в цілому і на сьогодні розглядається як предиктор підвищеної захворюваності та смертності. Особлива роль відводиться саме зниженню м'язової сили як основної складової саркопенії. Ви-

вчення саркопенії у молодих пацієнтів з ювенільним ідіопатичним артритом (ЮІА) ще не вивчалось і потребує подальших досліджень.

Мета дослідження. Метою дослідження є визначення сили стискання, а також факторів, що пов'язані з цим показником, у молодих людей із ЮІА.

Методи дослідження. Це перехресне одноцентрове дослідження за участю 52 молодих дорослих з ЮІА віком 18–30 років. Усім пацієнтам визначали активність захворювання за індексом DAS28, JADAS27, суглобові і позасуглобові ураження за індексами JADI-A, JADI-E. М'язову силу визначали за допомогою ручного динамометра (JAMAR). Вимірювання проводили тричі на обох руках з часом відпочинку. За результат обирали середнє значення трьох послідовних вимірювань з використанням таких порогових значень для зниженої сили стискання: <27 кг для чоловіків; <16 кг для жінок. Композиційний склад тіла визначали за допомогою двофотонної рентгенівської абсорбціометрії (ДРА).

Отримані результати. Середній вік пацієнтів становив 24,4±5 року; середній вік на момент початку захворювання становив 10,1±4,4 року. У 38 пацієнтів відмічалось зниження м'язової сили. При порівнянні пацієнтів з нормальною та зниженою силою стискання виявлено наступне: зріст і маса тіла пацієнтів зі зниженою силою були нижчими (зріст 1,67±0,07 vs 1,75±0,08 м; p=0,01; маса тіла 56,1±9,2 vs 72,0±12,8 кг; p=0,01). Вік хворих достовірно не відрізнявся, але тривалість захворювання була довшою у пацієнтів зі зниженою силою стискання (16,4±8,2 vs 9,2±5,3 року; p=0,01). Дані ДРА також відрізнялися у пацієнтів зі зниженою та нормальною силою: у хворих зі зниженою силою відмічали нижчу мінеральну щільність кісткової тканини (МЩКТ), МЩКТ на рівні всього скелета 1,07±0,1 vs 1,15±0,1 г/см²; МЩКТ на рівні ультрадистального відділу лівої променевої кістки 0,35±0,1 vs 0,51±0,1 г/см²; МЩКТ на рівні шийки стегнової кістки 0,85±0,1 vs 1,04±0,2 г/см²; p=0,01 відповідно.

В однофакторному логістичному аналізі виявлені наступні фактори, пов'язані зі зниженням сили стискання: індекс маси тіла (ІМТ) (відношення шансів (odds ratio — OR) 0,78; 95% довірчий інтервал (ДІ) 0,61–0,99; p=0,04), тривалість ЮІА (OR 4,15; 95% ДІ 1,03–1,37; p=0,02), активність захворювання за JADAS27 (OR 1,18; 95% ДІ 1,02–1,35; p=0,02), а також індекс пошкодження суглобів JADI-A (OR 2,2; 95% ДІ 1,02–4,75; p<0,04). Захисні фактори щодо зниження сили стискання: чоловіча стать (OR 0,12; 95% ДІ 0,02–0,56; p<0,0001), МЩКТ на рівні всього скелета (OR 0,001; 95% ДІ 0,000–0,12; p<0,001), апендикулярна знежирена маса (OR 0,61; 95% ДІ 0,46–0,81; p<0,001).

Висновки. Зниження сили стискання відмічалось у 73% пацієнтів з ЮІА (38/52 пацієнтів). Зниження м'язової сили асоціювалось з вищим рівнем запальної активності та суглобовим ураженням, нижчою кістковою та м'язовою масою та довшою тривалістю захворювання. Вплив на зазначені фактори може

профілакувати розвиток саркопенії у молодих дорослих пацієнтів з ЮІА в майбутньому.

13. АНАЛІЗ ЗМІН ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА У ЖІНОК З ПОРУШЕННЯМ МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ПРИ АКСІАЛЬНОМУ СПОНДИЛОАРТРИТІ

Г.О. Проценко, А.О. Ситенко

ДУ «ННЦ «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини ім. акад. М.Д. Стражеска НАМН України», Київ, Україна

Вступ. Індекс маси тіла (ІМТ) — показник надмірного вмісту жирової тканини в організмі людини — може виступати у якості детермінанти мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ). **Мета:** встановити зв'язки між ІМТ, показниками МЩКТ, активністю аксіального спондилоартрититу (АксСпА), тривалістю захворювання, статтю пацієнта.

Матеріали та методи: одноцентрове ретроспективне непорівняльне дослідження. Аналіз даних пацієнтів з АксСпА (згідно з критеріями ASAS), яким при обстеженні виконувалася двоенергетична рентгеновська абсорбціометрія (DEXA). Досліджувані перемінні: показники активності запалення — BASDAI, С-реактивний білок (СРБ), швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ); показник МЩКТ — середній Т-критерій у поперековому відділі за передньо-задньою DEXA; ІМТ; тривалість АксСпА; стать пацієнта. Описова статистика: залежно від виду та розподілу даних використовувалися частка, середнє $\pm$ стандартне відхилення, медіана (перцентиль 25-й; 75-й). Статистичний аналіз: множинний ступінчастий прямий лінійний регресійний аналіз. Рівень значущості: 0,05. Програмне забезпечення — StatPlus v7.8.11.

Результати: у дослідження включені дані 75 пацієнтів (частка жінок — 28,77%) із медіаною віку — 35 (29; 41), тривалістю хвороби — 4 (1; 8) роки, BASDAI — 6,0 (4,5; 7,2) балів, ШОЕ — 20 (10; 29) мм/год, СРБ — 9,42 (5,0; 18,27) мг/л та середнім ІМТ — 24,4 $\pm$ 3,26 кг/м². Оптимальна підмножина предикторів МЩКТ у лумбарному відділі хребта включала чоловічу стать, BASDAI, ІМТ та (у порядку зменшення впливу на залежну перемінну). $R=0,48$, $R^2=0,23$, $P=0,00039$. Натомість тривалість хвороби, рівні ШОЕ, СРБ статистично достовірно не впливали на Т-показник поперекового відділу в передньо-задній проекції.

Висновки. МЩКТ у поперековому відділі хребта пацієнтів з АксСпА пов'язана з такими чинниками, як стать, BASDAI, ІМТ (у порядку зменшення сили впливу). Вищим лумбарним Т-показникам в передньо-задній проекції відповідають вищий ІМТ, більша активність за BASDAI та жіноча стать. ШОЕ, СРБ, тривалість захворювання не можуть бути використані у якості детермінант втрати кісткової маси у поперековому відділі хребта. Вплив ІМТ та статі на МЩКТ може бути пов'язаний з вмістом жирової тканини. Необхідні подальші дослідження для встановлення біологічних механізмів, що лежать в основі виявлених закономірностей.

14. ОЦІНКА РЕВМАТОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ ПАЦІЄНТІВ З ОСТЕОАРТРОЗОМ ТА ОСТЕОХОНДРОЗОМ У МОЛОДОМУ ВІЦІ НА ФОНІ ПІДВИЩЕНОГО РІВНЯ ГОМОЦИСТЕЇНУ

А.В. Романовський

ДУ «ННЦ «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини імені акад. М.Д. Стражеска НАМН України», Київ, Україна

Вступ. Серед пацієнтів з раннім розвитком остеоартрозу та остеохондрозу велика кількість мають спадкову дисплазію сполучної тканини, що пов'язано з генетичними факторами, які потребують уточнення. Гомоцистеїнемія як окремий фактор ризику розвитку дисплазії сполучної тканини потребує окремого вивчення.

Мета: вивчити особливості пацієнтів з розвитком остеоартрозу та остеохондрозу у молодому віці, що мають підвищений рівень гомоцистеїну. На основі отриманих даних розробити рекомендації щодо обстеження та лікування пацієнтів з підвищеним рівнем гомоцистеїну.

Матеріали та методи. Проаналізовано медичну документацію пацієнтів із встановленим діагнозом остеоартрозу та остеохондрозу у віці 18–44 років, що проходили лікування у ДУ «ННЦ «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини імені акад. М.Д. Стражеска» НАМН України» у 2022–2023 рр. Серед них виокремлено групу хворих з рівнем гомоцистеїну $\geq 14,0$ мкмоль/л у кількості 20 осіб, для порівняльного аналізу з пацієнтами з рівнем гомоцистеїну $< 14,0$ мкмоль/л — 20 осіб. Оцінювали наявність або відсутність порушень ортопедичного статусу пацієнтів та наявність ознак дисплазії сполучної тканини.

Результати. Встановлено, що для пацієнтів з підвищеним рівнем гомоцистеїну характерна більша кількість порушень ортопедичного статусу, таких як клінодактилія, гіпермобільність у суглобах, пласкостопість, сколіоз, грудний кіфоз, грижі міжхребцевих дисків за даними МРТ, ентезопатія у суглобах, пов'язана зі зниженням, або навпаки — підвищенням значень мінеральної щільності кісткової тканини, збільшене співвідношення розмаху рук до зросту.

Висновки. Наявність остеоартрозу та остеохондрозу у молодому віці у поєднанні з порушеннями ортопедичного статусу та наявністю ознак дисплазії сполучної тканини може бути підставою для визначення рівня гомоцистеїну та додаткового подальшого лікування, спрямованого на нормалізацію цього показника.

15. ВПЛИВ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ НА РІВЕНЬ СЕЧОВОЇ КИСЛОТИ У КРОВІ

А.О. Сидорова, О.Б. Яременко

Медичний центр «Універсальна клініка «Оберіг», Київ, Україна

Мета. Встановити взаємозв'язок між рівнем сироваткової сечової кислоти (СК) та інших лабораторних маркерів під час госпіталізації у стаціонар

у 2021 р. та тяжкістю перебігу коронавірусної хвороби — COVID-19.

Матеріали та методи. Дослідження включало 150 госпіталізованих пацієнтів з підтвердженням методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) діагнозом COVID-19 у 2021 р., у яких під час госпіталізації визначали рівень СК. Ступінь тяжкості перебігу визначали наявністю та типом кисневої підтримки: 1) без O_2 ; 2) O_2 за допомогою маски або носових канюлей; 3) безперервний позитивний тиск у дихальних шляхах (CPAP); 4) дворівневий позитивний тиск у дихальних шляхах (BiPAP) або високопоточний кисень; 5) інвазивна вентиляція. В якості контрольної групи були обрані 40 осіб без коронавірусної хвороби. Оцінку кореляційних залежностей здійснювали за допомогою рангового коефіцієнту Спірмена, для порівняння частот — χ^2 -квадрат. Відмінність вважали достовірною при $p < 0,05$.

Результати. Серед пацієнтів з підтвердженням COVID-19 у 2021 р. приблизно у кожного четвертого (24,6%) виявляли рівень СК нижче нижньої межі норми (208 мкмоль/л для чоловіків, 155 мкмоль/л для жінок). У осіб без коронавірусної хвороби рівень СК був достовірно вищим — $328,6 \pm 96,9$ мкмоль/л ($p < 0,001$). Зниження сироваткового рівня СК відмічено як у осіб з раніше нормальним рівнем СК, так і у пацієнтів з безсимптомною гіперурикемією або подагрою. Однак кореляції між тяжкістю перебігу захворювання та показниками СК не виявлено. Зокрема, різниця між пацієнтами без кисневої підтримки та тими, що потребували інвазивної вентиляції, була статистично незначущою ($252,2 \pm 11$ vs $258,2 \pm 101,6$ мкмоль/л, $p = 0,86$). Також не встановлено кореляційної залежності між рівнями СК та феритину ($r = 0,15$, $p = 0,07$), інтерлейкіну (ІЛ)-6 ($r = 0,11$, $p = 0,22$), D-димеру ($r = 0,02$, $p = 0,79$).

Висновки. Зниження СК є поширеною лабораторною знахідкою у пацієнтів з COVID-19 (кожен четвертий хворий). Проте, за нашими даними, це не було маркером тяжкого перебігу COVID-19 та не корелювало з іншими відомими біохімічними прогностичними маркерами.

16. МЕТРОЛОГІЧНИЙ ІНДЕКС РУХЛИВОСТІ (BASMI) ЯК ЧИННИК РИЗИКУ ЗБІЛЬШЕННЯ МАСИ ТІЛА У ПАЦІЄНТІВ З АКСІАЛЬНИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ

А.О. Ситенко

ДУ «ННЦ «Інститут кардіології,
клінічної та регенеративної медицини
ім. акад. М.Д. Стражеска НАМН України», Київ, Україна

Актуальність. Обмеження рухливості в суглобах осьового скелету та біль, характерні для аксіального спондилоартрит (АксСпА), можуть змушувати пацієнта знижувати свою рухову активність, що, в свою чергу, викликає збільшення маси тіла. Надмірна маса тіла пов'язана не тільки з кардіоваскулярним ризиком, а й зі зниженням чутливості до біологічної терапії, зокрема до блокаторів фактора некрозу пухлин (ФНП) альфа. **Мета:** дослі-

дити асоціацію маси тіла з маркером фізичної активності (BASMI) у пацієнтів з АксСпА. **Матеріали та методи:** одноцентрове ретроспективне непорівняльне дослідження. Проаналізовано дані 74 пацієнтів з АксСпА. Залежна перемінна — маса тіла, перемінні, що впливають, — зріст (см), вік (роки), стать, BASMI (бали), рівень болю (візуальна аналогова шкала — ВАШ). Описова статистика: залежно від виду та розподілу даних використовувалися частка, середнє $\pm$ стандартне відхилення, медіана (перцентиль 25-й; 75-й). Статистичний аналіз: множинний ступінчастий прямий лінійний регресійний аналіз. Рівень значущості: 0,05. Програмне забезпечення — StatPlus v7.8.11.

Результати: у дослідження включені дані 74 пацієнтів з АксСпА, що відповідали Нью-Йоркським критеріям (частка жінок — 28,4%). Пацієнти були стратифіковані на 4 групи: чоловіки з $IMT < 18,5$ — 1,89%; $IMT 18,5-25$ — 73,58%; $IMT > 25$ — 18,87%; $IMT > 30$ — 5,6%; жінки з $IMT < 18,5$ — 9,52%; $IMT 18,5-25$ — 61,91%; $IMT > 25$ — 19,05%; $IMT > 30$ — 9,52%; HLA-B 27-позитивні — чоловіки — 94,3%, жінки — 85,7%; за медіаною віку — чоловіки $36,9 \pm 11$ року; жінки — $28,1 \pm 9,5$ року; середній вік встановлення діагнозу у чоловіків — 38 ± 10 років, у жінок — $33,9 \pm 11,0$ року; медіана тривалості захворювання у чоловіків — 6 років (3–11); у жінок — 5 років (4–8); середня маса тіла: чоловіки — $76,8 \pm 10,35$ кг; жінки — $63,6 \pm 11$ кг; середній зріст: чоловіки — $175,6 \pm 5$ см; жінки — $165,7 \pm 3$ см; BASDAI: чоловіки — 6,0 (4,5–7,0), жінки — 6,0 (4,4–8,0) балів, BASMI: чоловіки — 3 (1–4), жінки — 1 (0–3) бали. Отримано рівняння регресії, що описує зв'язок між масою тіла та іншими чинниками:

$$\text{Маса тіла} = -119,86610 + 1,05714 \cdot \text{зріст} + 0,23396 \cdot \text{вік} + 4,92090 \cdot \text{BASMI}.$$

Це рівняння регресії описує значну частину дисперсії зросту та маси тіла в цій вибірці $R^2 = 0,6$. **Висновки.** Метрологічний індекс BASMI ≥ 4 асоціюється з ризиком збільшення маси тіла у пацієнтів з АксСпА, що може зумовлювати підвищені ризики кардіологічних захворювань та зниження чутливості до терапії ФНП-альфа.

17. АНАЛІЗ ЗМІН МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ЖІНОК З АКСІАЛЬНИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ У ПЕРІОД МЕНОПАУЗИ

А.О. Ситенко

ДУ ННЦ «Інститут кардіології,
клінічної та регенеративної медицини
ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України

Аксіальний спондилоартрит (АксСпА) асоціюється з порушенням метаболізму кісткової тканини, причиною якого є запальний процес та/або лікування (зокрема застосування глюкокортикоїдів) і призводить до подальшого зниження рухливості пацієнта та підвищення ризику розвитку переломів у період менопаузи. **Мета:** оцінити пошире-

ність змін кісткової тканини у жінок з АксСпА в менопаузальний період та дослідити фактори впливу на частоту остеопенії, остеопорозу та синдесмофітів (СФ). **Методи дослідження:** обсерваційне, ретроспективне дослідження.

Результати дослідження: проаналізовано історії хвороби 65 пацієнтів жіночої статі з діагнозом АксСпА, що відповідають модифікованим Нью-Йоркським критеріям (1984 р.). У цій групі у 62% хворих не виявлено порушень мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ), у 38% відмічено зниження МЩКТ (ЗМЩКТ) у такому співвідношенні: остеопенія — 19%, остеопороз 13%, перелом 1%. СФ виявлено у 20% хворих із ЗМЩКТ, у 79% пацієнтів із ЗМЩКТ СФ відсутні.

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

Висновки: зміни МЩКТ у жінок в період менопаузи при АксСпА пов'язані із ЗМЩКТ: СФ виявляють у 20% випадків у групі пацієнтів з ознаками остеопенії та остеопорозу. ЗМЩКТ та СФ мають спільні фактори ризику: активність та тривалість АксСпА, паління та факт застосування ГК. За результатами дослідження вік пацієнток з АксСпА не належить до чинників ризику ЗМЩКТ та СФ.

18. ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ КРОВІ ТА ЗАГАЛЬНОЇ СОННОЇ АРТЕРІЇ ЗАЛЕЖНО ВІД СТУПЕНЯ АКТИВНОСТІ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ ПРИ ПОЄДНАННІ З РЕЗИСТЕНТНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

А.П. Стахова, В.Є. Кондратюк

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини № 2, Київ, Україна

Мета дослідження: визначити особливості динаміки ліпідного спектру крові та товщини комплексу інтима — медіа (КІМ) загальних сонних артерій (ЗСА) у хворих на резистентну артеріальну гіпертензію (РАГ) та ревматоїдний артрит (РА) залежно від зниження лабораторної активності РА на фоні додавання до комбінованої стандартної терапії спіронолактону. **Методи дослідження.** У дослідження включено 60 пацієнтів з РАГ у поєднанні з РА, які обстежені на базі Київської міської клінічної лікарні № 3. Крім загально-клінічних методів, біохімічного та імуноферментного аналізу, проведено ультрасонографію обох ЗСА з визначенням наявності внутрішньопросвітних утворень та КІМ. **Хворим до потрійної антигіпертензивної терапії, статинів та метотрексату додавали спіронолактон у дозі 25 мг на добу.** Через 12 міс лікування спіронолак-

тоном пацієнтів розділено на дві групи: А — досягли цільового значення низької лабораторної активності РА — С-реактивний білок (СРБ) $<5,0$ ммоль/л ($n=27$), Б — не досягли ($n=33$). Середній вік хворих групи А становив $62,7 \pm 8,4$ року (81,6% жінок), групи Б — $63,1 \pm 7,4$ року (78,4% жінок). Активність РА визначали за індексом активності захворювання (DAS 28-СРБ) і становила до лікування $5,7 \pm 2,3$ у групі А, $5,8 \pm 1,8$ у групі Б. Дані наведено у вигляді Ме (25–75%).

Результати. При підвищенні рівня СРБ та високій активності РА збільшується кількість пацієнтів із значенням артеріального тиску (АТ) більше 140/85 мм рт. ст. (ВШ=1,36, 95% ДІ 1,03–3,21; $p=0,005$ та ВШ=1,42; 95% ДІ 1,07–3,31; $p=0,003$ відповідно). Після зниження активності РА покращення контролю АТ є більш вираженим: у групі А рівні офісного систолічного АТ (САТ) знизилися на 15,0 мм рт.ст., діастолічного (ДАТ) — на 7,5 мм рт.ст., пульсового (ПАТ) — на 10,0 мм рт.ст. (всі $p<0,01$) порівняно зі зниженням САТ у групі Б на 10,0 мм рт.ст. ($p<0,05$). Спіронолактон чинить не тільки антигіпертензивну, але і протизапальну дію: на фоні 12 міс лікування значення індексу DAS28-СРБ знижується з 5,6 (4,9–6,4) до 4,0 (3,4–5,0) балів ($p<0,001$). При аналізі впливу зниження АТ на параметри ліпідного профілю визначено, що відповідно до зниження значень САТ і ДАТ відмічається зниження рівнів ЗХС, ХС ЛПВЩ, ХС ЛПНЩ та ТГ: кореляція між Δ САТ та Δ ЗХС Δ ХС ЛПНЩ та ТГ: кореляція між Δ САТ та Δ ЗХС Δ ХС ЛПНЩ ($r=0,35$ і $r=0,42$, $p<0,05$), Δ ДАТ та Δ ТГ, Δ ХС ЛПНЩ і Δ ХС ЛПНЩ ($r=0,32$, $r=0,41$ і $r=-0,45$; $p<0,05$). Високий ступінь активності РА впливав на рівні ліпідів крові: встановлені позитивні кореляції між рівнями СРБ та загальним холестерином (ЗХС), тригліцеридами (ТГ), холестерином ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ) та від'ємна — з високої щільності (ХС ЛПВЩ) (відповідно $r=0,45$, $r=0,34$, $r=0,36$ та $r=-0,38$, всі $p<0,05$). Після досягнення лабораторної ремісії РА виявлено поліпшення ліпідного спектру у групі А у вигляді статистично значимого зниження рівнів ЗХС на 15,2%, ТГ на 8,1%, ХС ЛПНЩ на 15,6% та підвищення ХС ЛПВЩ на 11,2% (усі $p<0,05$). Залежно від зниження активності РА відмічається зниження товщини КІМ ($r=0,60$, $p<0,01$), так у групі А відмічається зменшення товщини КІМ на 27,2% справа та 16,5% зліва ($\chi^2=7,3$ та $\chi^2=6,1$, $p<0,05$). При досягненні лабораторної ремісії відмічається регрес внутрішньопросвітних утворень у вигляді зниження частоти виявлення атеросклеротичних бляшок на 15,3% справа та 12,7% зліва ($\chi^2=7,9$ та $\chi^2=6,7$; $p<0,05$).

Висновки. Висока активність РА забезпечує гірший контроль над рівнем АТ у хворих на резистентну АГ. Додавання хворим на РА у поєднанні з РАГ до комбінованої терапії спіронолактону зумовлює підвищення антигіпертензивної ефективності, що асоціюється з потужною протизапальною, гіполіпемічною дією, зі зменшенням товщини КІМ ЗСА і кількості атеросклеротичних бляшок.

19. РОЛЬ СЕЧОВОЇ КИСЛОТИ У ФОРМУВАННІ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ У ХВОРИХ ІЗ ПОДАГРИЧНИМ АРТРИТОМ

Ю.Д. Стоянова

Харківський національний медичний
університет, Харків, Україна

Мета дослідження. Встановити наявність кореляційних зв'язків між показниками сечової кислоти (СК) у сироватці крові, рівнем аденозин монофосфатактивованої протеїнкінази (АМРК) та хемерину у хворих з моноперехідом подагричного артриту (ПА) та у поєднанні з цукровим діабетом 2-го типу (ЦД 2-го типу). **Методи дослідження:** залучено 100 пацієнтів, що перебували на лікуванні у ревматологічному відділенні КНП ХОР «ОКЛ». Усі обстежені хворі були розподілені на 2 групи — 1-ша група (n=70) — пацієнти з ПА та ЦД 2-го типу, 2-га група (n=30) — пацієнти із моноперехідом ПА. Контрольну групу (КГ) склали 20 відносно здорових чоловіків та жінок відповідного віку. Рівень сироваткової СК визначено за допомогою набору реактивів «СпайнЛаб», UricasePOD, Україна). Визначення рівнів АМРК та хемерину проведено з допомогою імуноферментного аналізу із використанням тест-систем «Elabscience». Статистична обробка отриманих даних проведена з використанням програмного забезпечення STATISTICA 8.0. Взаємозв'язок між отриманими характеристиками встановлено з допомогою коефіцієнту лінійної кореляції Пірсона (r). Для оцінки відмінностей між результатами в незалежних групах використано дисперсійний аналіз ANOVA.

Результати дослідження. Виявлена статистично достовірна відмінність між рівнями АМРК та хемерину у пацієнтів вказаних груп та КГ. Рівень АМРК у пацієнтів 1-ї та 2-ї групи становив $8,56 \pm 4,01$ та $21,93 \pm 4,87$ нг/мл відповідно, $p < 0,0001$. Найвищий рівень АМРК зафіксовано серед осіб з КГ — $26,37 \pm 5,56$ нг/мл, $p < 0,0001$. Рівень хемерину у пацієнтів 1-ї та 2-ї групи становив $12,51 \pm 3,92$ та $9,86 \pm 2,66$ нг/мл відповідно, $p < 0,0012$, що є значно вищим порівняно з КГ — $3,41 \pm 1,42$ нг/мл, $p < 0,0001$. Рівні СК становили $515,7 \pm 91,59$ та $496,4 \pm 77,61$ мкмоль/л у 1-й та 2-й групах відповідно. У пацієнтів КГ середній рівень СК становив $299,0 \pm 29,21$ мкмоль/л. При аналізі взаємозалежності рівнів СК та АМРК у пацієнтів 1-ї та 2-ї групи коефіцієнт лінійної кореляції Пірсона становив $r = -0,792$, $p < 0,005$; $r = -0,766$, $p < 0,005$ відповідно, що свідчить про наявність зворотних кореляційних зв'язків високої сили. При цьому при аналогічному аналізі рівнів хемерину та СК серед пацієнтів 1-ї та 2-ї групи встановлено наявність прямих кореляційних зв'язків середньої сили ($r = 0,676$, $p < 0,005$; $r = 0,458$; $p < 0,005$ відповідно).

Висновки. Після аналізу та статистичної обробки отриманих даних встановлено, що рівень АМРК у хворих з моноперехідом ПА та у поєднанні з ЦД 2-го типу статистично нижчий порівняно з цим показником у КГ. Рівень хемерину у вищевказаних групах виявився значно вищим порівняно з КГ. Підтверджен-

но наявність зворотних кореляційних зв'язків високої сили між показниками рівнів СК та АМРК та прямих кореляційних зв'язків між показниками хемерину та СК у хворих з ПА та у поєднанні з ЦД 2-го типу. Таким чином, гіперурикемія чинить прогностично негативний вплив на прогресування ІР серед пацієнтів із моноперехідом ПА та пацієнтів із ЦД 2-го типу.

20. ОЦІНКА ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ ТА ДИФУЗІЙНОЇ ЗДАТНОСТІ ЛЕГЕНЬ У ХВОРИХ ІЗ ТЯЖКИМ ПЕРЕБІГОМ МІОКАРДИТУ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ІНФЕКЦІЮ COVID-19

Н.С. Тітова, К.С. Марченко

ДУ «ННЦ «Інститут кардіології,
клінічної та регенеративної медицини
ім. акад. М.Д. Стражеска НАМН України»

Мета. Дослідити функцію зовнішнього дихання, визначити поширеність рестриктивної картини та зміненої дифузійної здатності легень у хворих з тяжким перебігом міокардиту, що перенесли інфекцію COVID-19.

Матеріали і методи. Обстежено 28 пацієнтів, які були розподілені на 2 групи: 1-ша група — 15 пацієнтів з тяжким перебігом міокардиту, що мали в анамнезі COVID-19, 2-га група — 13 пацієнтів з тяжким перебігом міокардиту, що не мали в анамнезі інфекції COVID-19. Всім пацієнтам були проведені наступні дослідження: ехокардіографія з визначенням фракції викиду (ФВ) лівого шлуночка (ЛШ), індексу кінцево-діастолічного об'єму (ІКДО) ЛШ, показника поздовжньої глобальної систолічної деформації (ПГСД) ЛШ; комп'ютерна томографія (КТ) легень, тест з 6-хвилинною ходьбою, спірометрія з визначенням життєвої ємності легень (ЖЕЛ), форсованої ЖЕЛ (ФЖЕЛ), об'єму форсованого видиху за 1 с (ОФВ₁), їх співвідношення (ФЖЕЛ/ОФВ₁) та дифузійної здатності легень з використанням газової суміші, що містить СО (0,25–0,30%). Всі обстеження проведені в 1-й місяць від початку виникнення симптомів.

Результати. Усі групи пацієнтів були зіставні за показниками ехокардіографії: ФВ ЛШ, ІКДО ЛШ, ПГСД ЛШ та отримували стандартну терапію з приводу серцевої недостатності у зіставних дозах, що включала блокатори бета-адренорецепторів, інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту (іАПФ), антагоністи мінералокортикоїдних рецепторів, натрій-глюкозного котранспортера 2-го типу (НЗКТГ-2), сечогінні препарати.

У пацієнтів з тяжким перебігом міокардиту, що мали в анамнезі COVID-19, виявлено рестриктивні та змішані порушення зовнішньої вентиляції легень зі зниженням ЖЕЛ, ФЖЕЛ та ОФВ₁ в 42% випадків, співвідношення ФЖЕЛ/ОФВ₁ — у 15% хворих, а також зниження показників дифузійної здатності легень у 33% хворих, що асоційовано з фіброзними змінами легеневої тканини за даними КТ легень. Визначено зниження показників толерантності до фізичного навантаження за даними 6-хвилинного тесту (на 27,5%; $p < 0,05$) та ПГСД (на 15,6%; $p < 0,05$) у хворих 1-ї групи порівняно з пацієнтами з тяжким пере-

бігом міокардиту без інфекції COVID-19 в анамнезі. В аналізі чутливості виявили поширеність фіброзу 0,39 (ДІ 0,24–0,56, $p < 0,01$, $I^2 = 86\%$), 0,15 (ДІ 0,09–0,22, $p = 0,03$, $I^2 = 59\%$) для зміненої дифузійної здатності легень монооксиду вуглецю рестриктивного та змішаного характеру відповідно.

Висновки. Дослідження функції зовнішнього дихання продемонструвало рестриктивні та змішані порушення вентиляції легень з більш низькими показниками дифузійної здатності легень у пацієнтів з тяжким перебігом міокардиту, що мали в анамнезі інфекцію COVID-19. Ці зміни були зумовлені фіброзом легеневої тканини та супроводжувалися більш низькими показниками толерантності до фізичного навантаження та скоротливої здатності ЛШ.

21. ГІПЕРУРИКЕМІЯ ТА ЕХОКАРДІОГРАФІЧНІ ЗМІНИ У ХВОРИХ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ

В.А. Хомазюк, В.Є. Кондратюк

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

У дослідженнях останніх років підтверджено тісний взаємозв'язок між підвищенням рівня сечової кислоти в крові і серцево-судинною патологією та смертністю. Гіперурикемію вважають незалежним конкуруючим фактором ризику поширення фібриляції передсердь.

Мета дослідження — визначити особливості ехокардіографічних змін та їх зв'язок із гіперурикемією у хворих з пароксизмальною і персистуючою фібриляцією передсердь, оцінити можливості зниження кардіоваскулярного ризику.

Методи дослідження. Обстежено 73 хворих з пароксизмальною і персистуючою фібриляцією передсердь віком 42–76 років. У 35 з них виявлено безсимптомну гіперурикемію (1-ша група) і у 38 хворих, рівень сечової кислоти у сироватці крові не перевищував 360 мкмоль/л (2-га група). Проведено комплексне клінічне обстеження, вимірювання офісного артеріального тиску, електрокардіографію, трансторакальну ехокардіографію в В-, М-режимах та доплерехокардіографію за стандартними протоколами при поступленні в клініку і після відновлення синусового ритму.

Результати. Групи обстеження відрізнялися за статтю і рівнем артеріального тиску. Жінки становили 65,7 і 47,4% хворих 1-ї і 2-ї груп відповідно. У всіх хворих 1-ї групи виявлені артеріальна гіпертензія І–ІІІ ступеня і гіпертрофія лівого шлуночка, у 2-ї групі хворих з артеріальною гіпертензією було менше — 71,1%. Індекс маси міокарда лівого шлуночка в 1-й і 2-й групах становив у середньому $178,4 \pm 11,5$ і $149,2 \pm 10,8$ г/м² відповідно і був вищим, ніж у здорових ($p < 0,05$). Встановлено достовірну кореляцію між наявністю гіперурикемії і підвищенням індексу маси міокарда лівого шлуночка. Серед типів геометрії лівого шлуночка в обох групах переважала концентрична гіпертрофія, відносна товщина стінок лівого шлуночка перевищувала 0,42 ум.од. у 78,1% хворих.

Розмір лівого передсердя в 1-й групі був достовірно більшим і досягав у середньому $47,6 \pm 0,8$ мм. Індекс об'єму лівого передсердя був також збільшеним до $43,7 \pm 3,2$ і $36,3 \pm 4,7$ мл/м² в 1-й і 2-й групах відповідно ($p < 0,05$). Кальцифікацію і склероз мітрального кільця, аорти і аортального клапана виявлено у 68,6% хворих 1-ї групи і 44,7% хворих 2-ї групи. У хворих з гіперурикемією склеротичні ураження і кальцифікацію клапанів серця виявляли частіше і у більш ранньому віці, із різницею в середньому більше 3 років. Пролапс або незмикання стулок мітрального клапана у систолу діагностовано у всіх хворих з кальцифікацією клапанів, а також у половини пацієнтів без кальцифікації. Ознаки мітральної регургітації виявлено у 80 і 73,7% обстежених з 1-ї і 2-ї груп відповідно, в тому числі у всіх хворих з кальцифікацією клапанів. Клінічні прояви ішемічної хвороби серця відмічали у всіх обстежених із склеротичними ураженнями і кальцифікацією клапанів, однак дилатація і систолічна дисфункція лівого шлуночка зафіксовані в обох групах з приблизно однаковою частотою. Ознаки діастолічної дисфункції лівого шлуночка були більш вираженими у хворих з гіперурикемією, що корелювало з більшою гіпертрофією лівого шлуночка у цих хворих.

Висновки. Гіперурикемія у хворих з пароксизмальною і персистуючою фібриляцією передсердь асоціювалася з підвищенням індексу маси міокарда лівого шлуночка серця, його концентричною гіпертрофією і діастолічною дисфункцією, збільшенням лівого передсердя, мітральною регургітацією, наявністю склеротичних уражень і кальцифікації клапанів. Виявлені особливості ехокардіографічних змін дозволяють оптимізувати оцінку кардіоваскулярного ризику і розширюють перспективи профілактики у хворих з фібриляцією передсердь. Визначення рівня сечової кислоти в крові і подальша дієтична і медикаментозна корекція виявленої гіперурикемії мають бути неодмінною складовою сучасної діагностики та лікування фібриляції передсердь.

22. СТАН ПРАЦЕЗДАТНОСТІ ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ: ЗВ'ЯЗОК З АЛЕКСИТИМІЄЮ, ДЕМОГРАФІЧНИМИ ТА ХВОРОБОСПЕЦИФІЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ

Є.І. Шалковський, М.А. Станіславчук

Вінницький національний медичний університет
імені М.І. Пирогова, кафедра внутрішньої медицини № 1,
Вінниця, Україна

Актуальність. Ревматоїдний артрит (РА) — хронічне імуніопосередковане запальне захворювання суглобів, яке характеризується значною поширеністю, прогресивним перебігом і високою (до 50%) інвалідизацією. Основу клінічної картини РА становить больовий синдром, асоційований із запаленням, порушеннями в афективній сфері, зокрема з алекситимією, яка характеризується труднощами в ідентифікації та описі своїх суб'єктивних відчуттів. Дослідженнями останніх років доведено, що алекситимія обтяжує перебіг захворювань, які супроводжують

ся хронічним болем, негативно впливає на фізичне і соціальне функціонування та погіршує результати терапії.

Мета. Вивчити стан працездатності у хворих на РА та її зв'язок з алекситимією, демографічними і хворобоспецифічними показниками.

Матеріали і методи. З дотриманням принципів біомедичної етики на підставі інформованої згоди клінічно обстежено 146 хворих на РА, які перебували на лікуванні у високоспеціалізованому клінічному центрі ревматології, остеопорозу та біологічної терапії комунального некомерційного підприємства «Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова» Вінницької обласної ради. Стан працездатності вивчали за допомогою валідизованої та крос-культурально адаптованої україномовної версії опитувальника «Індекс оцінювання непрацездатності» — Disability Rating Index (DRI), активність РА — за допомогою індексу DAS-28 та спрощеного індексу активності захворювання (Simple Disease Activity Index — SDAI), індексу клінічної активності РА (Rheumatoid Arthritis Clinical Disease Activity Index — CDAI), інтенсивності болю — за візуальною аналоговою шкалою (за оцінкою пацієнта — ВАШ-П та оцінкою лікаря — ВАШ-Л), загальний стан здоров'я та функцій — за індексом HAQ (Health Assessment Questionnaire), оцінку депресії — за допомогою шкали Гамільтона для оцінки депресії (HAM-D). Алекситимію встановлювали за україномовною версією Торонтської алекситимічної шкали (TAS-20). За результатами оцінки TAS-20 досліджені пацієнти були розподілені на дві групи: з відсутністю алекситимії (значення показника TAS-20 до 60 балів), чисельністю 110 осіб, і з наявністю алекситимії (значення показника TAS-20 61 бал і вище), чисельністю 36 осіб.

Результати та обговорення. У цілому хворим на РА був притаманний невисокий рівень працездатності. Середнє значення індексу DRI у всіх обстежених хворих становило 31,1±17,1 бала, у хворих без алекситимії — 28,2±16,1 бала, а у хворих з алекситимією значення індексу було значуще вищим і становило 42,6±16,1 бала ($p<0,001$), що свідчить про істотно гірший рівень працездатності у хворих на РА з алекситимією. Ця тенденція проявлялася щодо всіх складових індексу DRI: одягання — відповідно 21,2±19,3, 17,8±18,2 та 34,5±18,0 бала ($p<0,001$), прогулянки — відповідно 19,3±20,7, 16,1±19,0 та 31,8±22,5 бала ($p=0,000$); піднімання сходів — відповідно 28,2±23,1, 24,1±21,6 та 43,8±22,1 бала ($p<0,001$); сидіння — відповідно 8,3±15,4, 6,3±13,5 та 16,0±19,7 бала ($p<0,001$); схиляння над умивальником — відповідно 3,7±11,4, 3,0±10,9 та 6,3±13,3 бала ($p=0,039$); носіння торбини — відповідно 30,9±24,5, 26,5±22,8 та 47,9±24,2 бала ($p<0,001$); застилення ліжка — відповідно 12,8±18,2, 11,4±18,1 та 18,3±17,6 бала ($p<0,01$); бігу — 57,9±28,0, 54,9±27,6 та 69,5±26,7 бала ($p<0,01$); легкої праці — відповідно 29,7±18,6, 26,9±16,7 та 40,4±21,9 бала ($p<0,001$); важкої праці — 46,0±23,6, 43,2±23,3 та 56,9±21,9 бала ($p<0,01$); піднімання важких предметів — відповідно 53,0±24,4, 49,2±23,4 та

67,7±22,8 бала ($p<0,001$), фізичних вправ — відповідно 62,6±27,0, 58,6±26,5 та 78,1±23,5 бала ($p=0,000$). Показник непрацездатності виявив значущі сильні (коефіцієнт кореляції $>0,7$) позитивні кореляції з показником стану здоров'я HAQ: $r_s=0,751$ ($p=0,000$); кореляції помірної сили (значення коефіцієнта кореляції 0,3–0,7) з показниками активності ревматоїдного процесу SDAI: $r_s=0,672$, $p<0,001$, CDAI: $r_s=0,648$, $p<0,001$ та DAS-28: $r_s=0,609$, $p<0,001$; показником депресії за HAM-D: $r_s=0,643$, $p<0,001$; вираженості болю за ВАШ-П: $r_s=0,516$, $p<0,001$ та ВАШ-Л: $r_s=0,570$, $p<0,001$ і тривалості захворювання: $r_s=0,343$, $p<0,001$. Слабкі кореляції (коефіцієнт кореляції $<0,3$) виявлені для швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ): $r_s=0,299$, $p<0,001$ та віку: $r_s=0,238$, $p<0,01$ і не встановлено зв'язку з масою тіла: $r_s=0,087$, $p=0,296$ та зростом: $r_s=0,053$, $p=0,528$.

Непрацездатність при РА значуще корелювала з алекситимією. Значення коефіцієнта кореляції відповідало помірній силі кореляційного зв'язку і становило для труднощів ідентифікації почуттів — $r_s=0,387$, $p<0,001$, для труднощів опису почуттів — $r_s=0,437$, $p<0,001$, для екстернального мислення — $r_s=0,565$, $p<0,001$ та для загального показника алекситимії — $r_s=0,540$, $p<0,001$.

Висновки. 1. Хворим на РА притаманне суттєве зниження рівня працездатності, особливо за умов поєднання РА з алекситимією. 2. Зниження рівня працездатності прямо корелює з погіршенням стану здоров'я, активністю РА, депресією, вираженістю болю і тривалістю захворювання.

23. АНАЛІЗ ДИНАМІКИ СТРУКТУРИ РЕВМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ЗА ПЕРІОД 2013–2022 РР. ЗА ДАНИМИ РЕВМАТОЛОГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ

О.О. Якименко, Л.В. Закатова,
Н.М. Антіпова, О.Є. Кравчук

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

В Україні поширеність та захворюваність на ревматичні захворювання (РЗ) протягом останнього часу не знижується, але значно змінилася структура РЗ, про що свідчать дані статистики. РЗ, на жаль, продовжують залишатися однією з найбільш актуальних медико-соціальних проблем, що зумовлено їх значним поширенням, негативним впливом на працездатність, складністю ранньої діагностики та лікування.

Мета дослідження — вивчити зміни в структурі РЗ в Одесі протягом 10 років (2013–2022 рр.) за даними міського ревматологічного відділення Багатопрофільного медичного центру Одеського національного медичного університету, яке є клінічною базою кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб та терапії. Діагноз встановлювали на підставі сучасних стандартів діагностики РЗ та обстеження, що містило загальноклінічні, біохімічні, імунологічні, серологічні, інструментальні методи.

Нами проведений аналіз 7018 історій хвороб. Встановлено суттєві зміни в структурі РЗ протягом 2013–2022 рр. Так, кількість хворих на остеоар-

трит (ОА) та остеохондроз (ОХ) дуже суттєво (в 6 разів) знизилася (12,2% у 2013 р., 2% — у 2022 р.). Серед останніх значною, як і попередніми роками, була питома вага пацієнтів із тяжкими ураженнями великих суглобів (коксартроз, гонартроз) інвалідизуючого характеру, які потребують хірургічного лікування (ендопротезування суглобів).

Зменшилася майже в 2,5 раза загальна кількість пацієнтів із хронічною ревматичною хворобою серця (ХРХС) (9,5% — у 2013 р., 3,9% — у 2022 р.).

Суттєво знизилася (більше ніж удвічі) і частота госпіталізації пацієнтів із системними захворюваннями сполучної тканини (СЗСТ) — 10,5% у 2013 р., 4,6% — у 2022 р. Менш суттєво (лише на 7,7%) зменшилася питома вага хворих на ревматоїдний артрит (РА) (32,3% — у 2013 р., 24,6% у 2022 р.).

Дуже цікавою виявилася динаміка частоти госпіталізації хворих на анкілозуючий спондилоартрит (АС), псоріатичну артропатію (ПА), подагру (П) протягом останніх 10 років. Виявлено значне (майже в 2 рази) підвищення частоти госпіталізації хворих на АС (13% у 2013 р., 25% — у 2022 р.); в 3 рази — на ПА (3,7% — у 2013 р., 12% — у 2022 р.), та П (3,7% — у 2013 р., 11,7% — у 2022 р.).

Отже, структура РЗ, за даними ревматологічного відділення, протягом останніх 10 років значно змінилася. Найбільш поширеними в 2022 р. виявилися АС (25%), РА (24,6%), ПА (12%), П (11,7%). Відзначено зменшення вдвічі найбільш тяжкої групи РЗ — СЗСТ. Ця динаміка свідчить про необхідність подальшого дослідження механізмів цих змін, визначення можливих тригерних факторів у розвитку найбільш поширених РЗ, ранньої діагностики цієї патології та подальшого вдосконалення їх ефективного лікування в складних умовах сьогодення.

24. ПОТЕНЦІЙНО НЕДІАГНОСТОВАНИЙ СПОНДИЛОАРТРИТ: РЕЗУЛЬТАТИ НЕВИБІРКОВОГО АНКЕТУВАННЯ ДОРОСЛИХ ОСІБ

О.Б. Яременко, А.О. Сидорова, Д.Л. Федьков

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

Мета. Оцінити поширеність запального болю в спині у дорослих осіб без встановленого діагнозу спондилоартриту (СпА).

Методи. Проведено анкетування 1717 дорослих осіб без встановленого діагнозу СпА з використанням розробленого нами опитувальника, який включав 39 запитань, спрямованих на визначення причини болю в спині, його локалізації, тривалості, наявності ранкової скутості та інших суглобових і позасуглобових проявів. Запальний характер болю в спині визначався відповідно до критеріїв ASAS (2009), Calin (1977) та Berlin (2006). Серед опитаних випадковим способом осіб були 1021 жінка та 696 чоловіків. Оцінку вірогідності відмінності показників проводили за допомогою критерію χ^2 -квадрат. Різницю вважали достовірною при $p < 0,05$.

Результати. Про наявність будь-коли проблем зі спиною (біль/дискомфорт/скутість, за винятком шиї) повідомили 1561 особа (з них 932 жінки та 629 чоловіків), що становило 90,9% від загальної кількості опитаних. Під запальні характеристики болю в спині найчастіше підпадали особи, у яких біль відповідав критеріям Berlin: сумарна частка осіб, що відповідали критеріям ASAS, становила 6,8% серед усіх опитаних, критеріям Calin — 15,7%, критеріям Berlin — 24,5% (таблиця). Частка опитаних, що відповідали критеріям Berlin (420 осіб), була достовірно більшою ($p < 0,0001$) порівняно з особами, що відповідали критеріям Calin (269 осіб) та ASAS (116 осіб). Різниця між групами чоловіків та жінок (вища частота запального болю серед чоловіків) була статистично значущою лише для критеріїв ASAS ($p = 0,04$).

Таблиця

Частка пацієнтів, які відповідали критеріям запального болю в спині

Критерії запального болю в спині, стать хворих	Частка опитаних, які відмітили наявність проблем зі спиною, %	Частка серед усіх опитаних, %	p
ASAS, жінки	6,22	3,38	p=0,04
ASAS, чоловіки	9,22	3,38	
Calin, жінки	16,52	8,97	p=0,45
Calin, чоловіки	18,28	6,7	
Berlin, жінки	28,32	15,4	p=0,24
Berlin, чоловіки	24,8	9,1	

Найпоширенішим поєднанням критеріїв запального болю в спині за ASAS були вік до 40 років, поступовий початок, поліпшення після фізичної активності, відсутність поліпшення після відпочинку (не входив нічний біль). За Calin найпоширенішою комбінацією були вік до 40 років, поступовий початок, ранкова скутість, поліпшення після фізичної активності (без тривалості більше 3 міс). Згідно з критеріями Berlin домінувало поєднання 2 критеріїв: переміжний біль у сідницях та ранкова скутість більше 30 хв, переміжний біль у сідницях та пробудження в другій половині ночі через біль.

Висновки: враховуючи досить велику поширеність запального характеру болю в спині в осіб без встановленого діагнозу СпА (серед загальної когорти — 6,8–24,5% за різними варіантами критеріїв), є підстави вважати, що серед опитаних є значна частка осіб з недіагнованим аксіальним СпА. Це може бути пов'язано з недостатньою професійною комунікацією між лікарями інших спеціальностей та ревматологами, низькою обізнаністю лікарів первинної ланки щодо ранніх проявів СпА, низькою частотою звернень пацієнтів через вільну доступність препаратів для симптоматичного лікування. Значна розбіжність у частоті констатації запального характеру болю в спині за різними критеріями може свідчити про їх недостатню специфічність. Насамперед це стосується критеріїв Berlin та Calin, які надали найвищу частоту виявлення запальних характеристик болю в спині (кожна четверта та шоста проанкетована особа відповідно). Для доказової аргументації клінічного значення певного варіанту оцінки запального характеру болю в спині необхідно прото-

кольне дообстеження (рівень запальних маркерів у крові, HLA-B27, магнітно-резонансна томографія сакроіліальних з'єднань та, за клінічними показаннями, хребта) всіх осіб, в яких виявлено запальні характеристики болю за будь-яким варіантом оцінки його критеріїв.

25. ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ СЕРОЛОГІЧНИМ ВАРІАНТОМ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ ТА ДОСЯГНЕННЯМ РЕНТГЕНОЛОГІЧНОЇ РЕМІСІЇ НА ТЛІ ЛІКУВАННЯ ТРАДИЦІЙНИМИ СИНТЕТИЧНИМИ ХВОРОБОМОДИФІКУЮЧИМИ ЗАСОБАМИ

О.Б. Яременко, Г.М. Микитенко

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

Мета: вивчити взаємозв'язок між наявністю/відсутністю серологічних маркерів ревматоїдного артриту (РА), а саме антитіл до циклічного цитрулінованого пептиду (АЦЦП) та/або ревматоїдного фактора (РФ), та частотою настання рентгенологічної ремісії РА під впливом лікування традиційними синтетичними хворобомодифікуючими засобами; проаналізувати залежність між титром АЦЦП/РФ та можливістю досягнення ремісії при РА.

Матеріали та методи. У дослідження включено 128 пацієнтів з РА, середній вік яких становив 23–81 рік, тривалість хвороби — 18,4±3,18 міс. Переважали особи жіночої статі (74,2%). Ранній РА (≤2 років) відмічено у 81,6% хворих. 73 (57,0%) особи були серопозитивними за РФ, 83 (64,8%) — за АЦЦП. У всіх хворих визначали показники суглобового статусу, інтегральні показники активності хвороби DAS та DAS28, рівень РФ методом латекс-аглютинації, титр АЦЦП методом ELISA. Базисна терапія (БТ) полягала у призначенні таких препаратів: метотрексат (МТ) (11,6±0,29 мг/тиж), лефлуномід (19,2±0,28 мг/добу), сульфасалазин (2 г/добу) або гідроксихлорохін як монотерапії чи в комбінації. До призначення цих базисних препаратів 118 хворих (92,2%) не отримували БТ, у решти хворих її (переважно МТ) було відмінено через розвиток побічних дій за 3 міс до включення в дослідження. Тривалість спостереження становила 2 роки. Аналіз активності РА та оцінку досягнення ремісії проводили через 6; 12 та 24 міс лікування. Рентгенологічні зміни кистей та стоп до початку дослідження та через 2 роки спостереження здійснювали шляхом кількісного підрахунку (вираженого в балах) за модифікованою шкалою Шарпа-ван дер Хейде. Рентгенологічною ремісією через 2 роки лікування вважали одночасну відсутність збільшення кількості ерозій і ступеня звуження суглобової щілини. Статистичну обробку даних виконували з використанням SPSS 22.0. Достовірність розбіжностей середніх величин оцінювали з використанням непараметричного критерію Манна — Уїтні для кількісних ознак та критерію χ^2 , у тому числі з поправкою Йейтса, для частотних показників. Різницю вважали вірогідною при $p < 0,05$.

Результати. Згідно з результатами серологічного аналізу хворі були розподілені на 4 групи: з наявністю АЦЦП та РФ (аЦЦП+РФ+, $n=64$), з наявністю лише одного з маркерів захворювання — АЦЦП (аЦЦП+РФ-, $n=19$) або РФ (АЦЦП-РФ+, $n=9$) та з негативними результатами (АЦЦП-РФ-, $n=36$). За віком, статтю, тривалістю РА, активністю хвороби, рентгенологічними змінами та призначеною терапією достовірних відмінностей між аналізованими групами не виявлено ($p > 0,05$).

Серед 128 хворих, включених у дослідження, через 2 роки лікування 77 осіб мали рентгенографічні дані кистей та стоп. Рентгенологічної ремісії загалом досягли 19 (24,7%) хворих. За нашими даними, 46,7% пацієнтів із АЦЦП-негативним статусом досягли ремісії, тоді як серопозитивні (за АЦЦП чи РФ) пацієнти — лише у 10,6 та 15,4% випадків відповідно ($p < 0,05$). Відсутність в крові РФ також сприяла настанню рентгенологічної ремісії у 2–3 рази частіше (у 34,2% осіб) порівняно із серопозитивною когортою включених у дослідження хворих ($p < 0,05$).

Проаналізовано також вплив подвійної серонегативності на можливість призупинення подальшої суглобової деструкції. Згідно з отриманими даними, одночасна відсутність двох серологічних факторів негативного прогнозу РА сприяла досягненню ремісії у 48,1% хворих, що втричі частіше порівняно з АЦЦП+РФ+ пацієнтами ($p < 0,01$).

За нашими даними, взаємозв'язку між рівнем РФ/АЦЦП та частотою настання рентгенологічної ремісії не виявлено. Так, 30,7 та 18,7% хворих відповідно з низьким та високим титрами РФ досягли ремісії ($p > 0,05$). Відсутність деструктивних змін відмічена лише в одного хворого з низьким титром АЦЦП та у 3 осіб в групі порівняння.

Висновки. При застосуванні традиційних синтетичних хворобомодифікуючих засобів рентгенологічної ремісії вдається досягти у кожного четвертого пацієнта з РА.

Призупинення руйнування суглобів за даними рентгенологічного обстеження зафіксовано насамперед у серонегативних (за АЦЦП чи РФ) хворих (втричі частіше порівняно з серопозитивними пацієнтами). Подвійна серопозитивність зумовлює адитивний ефект щодо подальшої суглобової деструкції. Титр РФ та АЦЦП не впливає на частоту настання рентгенологічної ремісії при РА.

26. РОЛЬ ЛЕПТИНУ В ПАТОГЕНЕЗІ ОСТЕОАРТРОЗУ В ПОЄДНАННІ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ

Р.І. Яцишин, М.Я. Гуменюк,

О.І. Дрогомерецька, Ю.В. Дельва

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

Актуальність. Лептин — прозапальний цитокін і водночас регулює секрецію цитокінів, а різні запальні цитокіни регулюють мРНК лептину і його циркулюючі рівні. Лептин може відігравати певну роль у виникненні остеоартрозу (ОА), зокрема в метаболічних змінах хондроцитів, зважаючи

на функціональну активність лептинових рецепторів у нормальних людських хрящах. Стимулювальний ефект лептину на синтез протеогліканів та експресію ростових факторів підтверджує нову периферичну функцію цього адипоцитокіну як ключового регулятора метаболізму хондроцитів, що може зіграти важливу роль у патогенезі ОА, модулюючи функції хондроцитів і викликаючи формування остеофітів. Ожиріння характеризується підвищеним рівнем лептину та інших адипоцитокінів, які зумовлюють розвиток системного запалення низької інтенсивності, в результаті якого зростає ризик розвитку запальних та дегенеративних захворювань суглобів.

Метою є визначити роль лептину в патогенезі ОА в поєднанні з абдомінальним ожирінням.

Матеріали і методи. Обстежено 100 хворих на ОА у поєднанні з абдомінальним ожирінням на базі ревматологічного відділення Обласної клінічної лікарні м. Івано-Франківськ. Верифікація діагнозу проводилася на основі даних клінічних, лабораторних та інструментальних обстежень. Вираженість болю оцінювалася за 10-сантиметровою візуальною аналоговою шкалою (ВАШ). Визначення вмісту лептину здійснювалося на аналізаторі «ELISA», що базується на принципі «сендвіча».

Контрольну групу склали 20 осіб того ж віку, які в результаті проведення клінічних і додаткових досліджень були визнані здоровими, мали нормальні показники опорно-рухового апарату, індекс маси тіла 19–24 кг/м². Також паралельно обстежено групу хворих, до якої входили 20 пацієнтів з ОА без супутнього абдомінального ожиріння.

Результати. Після проведеного дослідження виявлено, що вміст лептину в обидвох групах хворих достовірно відрізнявся від групи контролю ($p < 0,05$; $p < 0,001$). Достовірно вищою була концентрація лептину у обстежуваних з ОА у поєднанні з абдомінальним ожирінням порівняно з хворими на ОА без абдомінального ожиріння ($p < 0,001$), що доводить негативний вплив абдомінального ожиріння на функціональну здатність опорно-рухового апарату. Нами вивчався рівень лептину залежно від ступеня ожиріння. Так, у групі хворих з ОА у поєднанні з абдомінальним ожирінням II–III ступеня рівень лептину 70,1 (56,4; 83,1) нг/мл був достовірно вищим порівняно з групою хворих на ОА у поєднанні з абдомінальним ожирінням I ступеня 46,7 (39,0; 56,3) нг/мл, $p_2 < 0,05$. Існував середньої сили прямий кореляційний зв'язок між рівнем лептину і показниками ВАШ ($r = 0,64$, $p < 0,05$).

Висновок. При вивченні показників системного запалення нами виявлено зростання вмісту прозапальних цитокінів як у пацієнтів із ОА у поєднанні з абдомінальним ожирінням, так і у пацієнтів з ОА без супутньої патології, однак найбільш високими були показники у пацієнтів з поєднаною патологією. Отже, периферичні функції лептину як ключового регулятора метаболізму хондроцитів вказують на те, що він відіграє важливу роль у патофізіології ОА у поєднанні з абдомінальним ожирінням.

27. ТРАНСФОРМУЮЧИЙ ФАКТОР РОСТУ-1В ЯК ПРЕДИКТОР РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ НА СИСТЕМНУ СКЛЕРОДЕРМІЮ

Р.І. Яцишин, О.І. Дрогомерецька, М.Я. Гуменюк, Т.І. Гридзук, І.Д. Ключінінський

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

Актуальність. Системні захворювання сполучної тканини (СЗСТ) — група хвороб, які характеризуються запальним процесом, що охоплює цілі системи організму та поєднується з атакою імунної системи, спрямованою на власні тканини. Основна мішень при цих захворюваннях — сполучна тканина, яка входить у структуру всіх органів: кісток, шкіри, хрящів, стінок судин тощо. Вагомий вплив на перебіг захворювання та прогноз у таких хворих чинить формування вісцеральної патології. Особливе місце серед вісцеритів, що впливають на клінічну картину захворювання, характер його перебігу, посідає кардіоваскулярна патологія. Ураження серця є одними з провідних серед вісцеральних проявів системної склеродермії (ССД) як за своєю частотою, так і значущістю, зумовлюючи нерідко летальні наслідки захворювання. Частота кардіальної патології при ССД, за даними різних авторів, становить 16–90%. Її формування призводить до виникнення синдрому взаємного обтяження, суттєво знижуючи якість життя пацієнтів, погіршуючи клінічну симптоматику, ускладнюючи лікування і знижуючи його ефективність.

Мета: вивчення різних типів порушення діастолічного трансмітрального кровотоку (ДТМК) у хворих на ССД та дослідження значення в розвитку тканинного фіброзу продукції фактора росту — ТФР-1 β .

Матеріали і методи. Проведено клініко-лабораторне обстеження 91 хворого на ССД із проявами хронічної серцевої недостатності (ХСН) (клінічними та/або підтвердженими інструментально), які перебували на стаціонарному лікуванні у ревматологічному відділенні Івано-Франківської обласної клінічної лікарні. Паралельно обстежена група у кількості 17 здорових осіб. Для оцінки структурно-функціонального стану лівого шлуночка (ЛШ), структурних змін клапанів серця, міокарда та перикарда проводили дослідження в одно- та двовимірному режимі із імпульсною міокардіальною доплерографією на апараті «SIEMENS ACUSON Antares Premium EDITION» за рекомендаціями Американського ехокардіографічного товариства. Для оцінки характеру ДТМК у всіх обстежених хворих проводили транссторакальну доплерографію з дослідженням трансмітрального кровотоку в 4-камерній позиції серця із верхівкового доступу з положенням контрольного об'єму на рівні кінців стулок мітрального клапана. Визначали максимальну швидкість раннього піку діастолічного наповнення ЛШ ($V_{\max}PeakE$), максимальну швидкість трансмітрального кровотоку під час систоли лівого передсердя (ЛП) ($V_{\max}PeakA$), час сповільнення швидкості раннього діастолічного наповнення ЛШ (DT), час ізовольмічного розслаблення ЛШ (IVTR). Для визначення IVTR здійснювали одно-

часну реєстрацію кровотоку у виносному тракті ЛШ і трансмітрального кровотоку в постійно-хвильовому режимі із апікального доступу. Час між закінченням аортального кровотоку і початком кровотоку в приносному тракті характеризувався як IVTR.

Для оцінки кількісних змін ТФР-1 β та його ролі у виникненні, прогресуванні та прогнозі ХСН при ССД, визначали вміст його у сироватці крові імуноферментним методом із використанням набору реагентів DRG ТФР-1 β ELISA (Німеччина).

Результати. Серед хворих на ССД переважали жінки — 79 осіб (86,8% випадків). Вік обстежених пацієнтів знаходився в діапазоні 16–73 роки і в середньому становив 46,5 $\pm$ 2,3 року. Середня тривалість захворювання становила 7,4 $\pm$ 3,1 року. У 40,7% пацієнтів перебіг захворювання характеризувався ознаками серцевої недостатності (CH) I стадії, а у 59,3% хворих — з ознаками CH IIa стадії. Зі збільшенням віку пацієнтів відмічалася тенденція до зростання частки II клінічної стадії ХСН.

У більшості — 65 (71,4%) пацієнтів встановлені зміни діастолічної функції ЛШ. З них у 52 виявлено гіпертрофічний тип (тип недостатньої релаксації) діастолічної дисфункції (ДД), у 9 — псевдонормальний, у 4 — рестриктивний. Очевидно, ДД зумовлене достовірним збільшенням діаметру ЛП ($p < 0,05$), яке виявлено у значної частини хворих на ССД. Однак слід відмітити, що при формуванні ДД за рестриктивним типом у хворих зафіксовано і зниження загальної скорочувальної здатності ЛШ та зменшення фракції викиду.

Таким чином, розвиток ХСН у хворих на ССД зумовлений закономірною еволюцією спектра трансмітрального кровотоку від нормального типу через гіпертрофічний і псевдонормальний до декомпенсованого (рестриктивного).

Отримані результати дослідження свідчать, що серед обстежених хворих на ССД виявлено вагоме вірогідне підвищення рівня ТФР-1 β у сироватці крові, рівень якого вищий від контрольного в 1,3 раза ($p < 0,05$). При цьому продукція ТФР-1 β є максимальною при найбільш характерному для ССД хронічному перебігу хвороби. Також величина ТФР-1 β у сироватці крові пацієнтів підвищується зі збільшенням тривалості патологічного процесу. Кореляційний зв'язок між ними прямий, середньої сили і становить ($r = +0,66$; $p < 0,01$). Крім того, виявлено, що рівень ТФР-1 β при CH IIa вірогідно зростає на 11% порівняно з CH I ($p < 0,05$), що можна пояснити профіброгенними властивостями досліджуваного фактора росту.

Висновки. Тяжкий фіброз міокарда з явищами ХСН, особливістю гемодинаміки при якому є порушення діастолічної функції серця, є провідним серед вісцеральних проявів ССД. Саме ДД серця має велике значення у визначенні клінічного статусу і прогнозу в таких хворих. Зважаючи на склерогенні властивості ТФР-1 β та враховуючи сильний прямий кореляційний зв'язок між ним та індексом жорсткості міокарда ЛШ, визначення його рівня можна використовувати як маркер вираженості системного склеро-

зу та фіброзного переродження міокарда. Стабільно висока концентрація ТФР-1 β у сироватці крові є прогностично несприятливою ознакою, предиктором прогресування ХСН при ССД. Для підвищення ефективності лікування таких хворих може бути рекомендоване розширене застосування лікарських препаратів кардіопротекторної дії поряд із підбором ефективних доз стандартної терапії.

28. ВТОРИННА САРКОПЕНІЯ. СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ДІАГНОСТИКУ САРКОПЕНІЇ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Р.І. Яцишин, І.В. Стойка, О.І. Дрогомерецька, Т.І. Салижин, М.Я. Гуменюк, Х.М. Федорович, Б.В. Доскалюк

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

Актуальність. Саркопенія — це прогресуюче та генералізоване захворювання скелетних м'язів, пов'язане з підвищеною ймовірністю несприятливих наслідків, включаючи падіння, переломи, та смертність. Це захворювання рідко діагностується та лікується в повсякденній практиці лікаря, оскільки потребує додаткових методів діагностики. Щоб підвищити обізнаність про саркопенію та покращити методи лікування цього захворювання, EWCSOP2 оновили багачення проблеми діагностики.

Мета роботи. Впровадити рекомендовані методи діагностики в практичну медицину.

Методи дослідження. Нами використано наступні рекомендовані EWCSOP2 методи діагностики: опитувальник SARC-F, визначення апендикулярної маси скелетних м'язів за допомогою двофотонної рентгенівської абсорбціометрії (DXA), біоімпедансометрії, визначали площу поперечного перерізу поперекового м'яза за допомогою комп'ютерної томографії (КТ), тести на фізичну працездатність, динамометрію, ультразвукова діагностика (УЗД) чотириголового м'яза стегна (товщина та площа поперечного перерізу), тест розведення креатиніну.

Результати. Для обстеження відібрано 42 хворих на ревматоїдний артрит та 9 практично здорових людей для контрольної групи. Хворих розділено на 4 групи. Для кожної групи проведено базові методи діагностики, такі як опитувальник SARC-F, тести на фізичну активність, динамометрія та по одному додатковому методу: група А (11 пацієнтів) — базові методи діагностики та DXA, група В (11 пацієнтів) — базові методи та біоімпедансометрія, група С (10 пацієнтів) — базові методи та площа поперечного перерізу поперекового м'яза за допомогою КТ, група D (10 пацієнтів) — базові методи та УЗД чотириголового м'яза стегна (товщина та площа поперечного перерізу).

Висновок. Вторинну саркопенію діагностовано у 71%. Найбільш доступними та чутливими методами діагностики на рівні з DXA можна вважати біоімпедансометрію та УЗД. КТ також показало доцільність щодо рекомендацій впровадження обстеження на саркопенію, але через високу вартість його можна віднести до допоміжних методів діагностики.