теопорозу віком ≥ 65 років зростала з віком і становила 7 %, при виключенні жінок з ожирінням — 10 %. В осіб чоловічої статі віком ≥ 65 років встановлено, що частота I стадії саркопенії підвищувалась з віком та досягала 50 %. За наявності саркопенії відзначають підвищення ризику падінь, погіршення якості життя, порушення рухової активності, зниження тривалості життя та зростання летальності пацієнтів. Відтак, для оцінки якості життя пацієнтів з саркопенією у 2015 році було розроблено опитувальник SarQoL (http://www.sarqol.org), який з того часу перекладено на 32 мови.

Мета дослідження — впровадження нової української версії опитувальника SarQoL для оцінки якості життя осіб з саркопенією в контексті їх культурних особливостей. Оскільки поняття якості життя не є універсальним у всіх країнах, необхідними є певні адаптації та валідація психометричних властивостей в окремих країнах. Це дослідження мало на меті адаптувати й оцінити надійність та обгрунтованість нового опитувальника SarQoL українською мовою.

Матеріали та методи. Переклад опитувальника проходив у 5 етапів:

1) незалежний прямий переклад двома двомовними перекладачами (один з яких мав медичну освіту, інший — ні), обидва — носії української мови;

2) синтез початкових перекладів зі створенням єдиної «Версії 1»;

3) незалежні зворотні переклади «Версії 1» з української на англійську двома двомовними перекладачами, носіями англійської мови без медичної освіти, незнайомими з оригінальною версією анкети SarQoL;

4) порівняння «Версії 1» та зворотних перекладів експертним комітетом, що призвело до попередньої версії української анкети SarQoL та повного письмового звіту про проблеми, що виникають на кожному етапі;

5) тестування попередньої версії на 10 пацієнтах із саркопенією для забезпечення розуміння мети та значення кожного запитання, що призвело до остаточної версії SarQoL-UA.

Згодом для валідаційного дослідження було залучено 49 осіб. Для скринінгу на саркопенію ми застосовували такі змінні: вік, сила стискання та окружність литок, відповідно до тесту, розробленого S. Ishii та співавт. Валідаційне дослідження для оцінки психометричних показників включало оцінку дискримінаційної сили, внутрішньої узгодженості опитувальника, ефекту «підлоги та стелі», вірогідності конструкції та надійності повторного тестування. Ми порівняли опитувальник SarQoL з двома іншими опитувальниками якості життя — *Short-Form 36* та *EuroQoL-5 Dimensions*.

Результати. На підставі скринінгового тесту, розробленого S. Ishii та співавт., загалом 28 осіб було класифіковано як ймовірно саркопенічні та 21 особа — як ймовірно не саркопенічна. Перші мали значно нижчу якість життя (загальний бал становив 58,43 ± 17,13 проти 69,89 ± 13,31; p = 0,01). Така ж тенденція спостерігалася, коли пацієнтів класифікували на основі низької/нормальної сили стискання й низької/нормальної швидкості ходьби. Внутрішня узгодженість опитувальника була адекватною (α = 0,898), причому жоден домен не виявляв непропорційного впливу на його однорідність. Також була підтверджена правильність конвергентної конструкції. Результати вказують на майже ідеальний ступінь надійності повторного тестування.

Висновки. Перша українська версія анкети еквівалентна доступній оригінальній англійській версії та доступна на сайті http://www.sarqol.org/sites/sarqol/files/Questionnaire_SarQoL-UA-2017-09_0.pdf. Результати психометричного аналізу свідчать про те, що розроблено надійну нову українську версію SarQoL, яку можна з упевненістю використовувати для клінічних і дослідницьких цілей.

Джус М.Б.[1], Мостбауер Г.В.[1], Кулик М.С.[1], Карасевська Т.А.[1], Меффорд Т.О.[2], Резніченко О.В.[2], Фельдман О.В.[2]

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

[2]КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва», м. Київ, Україна

Вивчення тілобудови та фізичної активності у молодих дорослих з ювенільним ідіопатичним артритом

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

Метою дослідження було оцінити показники тілобудови (м'язову та жирову масу) та фізичну активність у молодих дорослих з ЮІА.

Матеріали та методи. У дослідженні брали участь 30 молодих дорослих пацієнтів з ЮІА з тривалістю захворювання більше 3 років, віком від 18 до 44 років, із них 22 пацієнти жіночої статі та 8 осіб чоловічої статі. Для оцінки фізичної активності був використаний міжнародний опитувальник *International Questionnaire on Physical Activity (IPAQ-SF)*, який дозволяє виміряти частоту й тривалість помірної або інтенсивної фізичної активності, яка триває більше 10 хвилин поспіль під час звичайної діяльності на роботі, вдома й відпочинку протягом тижня. Критерій гіподинамії — підрахунок бала, що становить менше 21. Дослідження м'язової та жирової маси визначали за допомогою подвійної рентгенівської абсорбціометрії (ДРА). Зниження м'язової маси визначалось за розрахунком індексу скелетних м'язів (SMI — сума м'язової маси верхніх і нижніх кінцівок/зріст^2); «відрізними точками» вважалися: SMI < 7 кг/м^2 для чоловіків, < 6 кг/м^2 для жінок згідно з критеріями *EWGSOP2*.

Результати. Середній вік пацієнтів становив 22,0 ± 8,2 року; середній вік початку захворювання — 9 ± 5 років. При проведенні опитування, чи відчувають пацієнти м'язову слабкість, 17 пацієнтів (56,7 %) відповіли «час від часу», 9 (30 %) відмітили «так», і лише 4 (13,3 %) відповіли «ні». Порушення рівноваги 1–2 рази на 1–2 місяці відмітили 13 пацієнтів (43,3 %), 2 пацієнти (6,7 %) відповіли «досить часто», 15 пацієнтів (50 %) не помічали подібних симптомів. Постійний біль у м'язах відмічали 11 пацієнтів (36,7 %), 10 пацієнтів (33,3 %) — час від часу, і 9 пацієнтів (30 %) подібного не відмічали. Критерію гіподинамії (< 21 бала за опитувальником IPAQ-SF) відповідали 16 пацієнтів (53,3 %). Обстеження з метою визначення показників тілобудови пройшли 26 пацієнтів з використанням ДРА. Перша група включала 16 пацієнтів зі зниженою м'язовою масою (SMI — 5,2 ± 0,7 кг/м²), тоді як друга група — 10 пацієнтів без зниженої м'язової маси (SMI — 8,05 ± 0,94 кг/м²). Середній вік пацієнтів, вік дебюту захворювання та його тривалість не відрізнялися між обома групами (25,3 ± 10,1 року та 21,3 ± 5,9 року у I та II групі відповідно, 7,8 ± 4,5 року та 11,5 ± 4,1 року відповідно, 17,1 ± 9,5 року та 10,3 ± 6,1 року відповідно, p < 0,05), тоді як показники зросту та маси тіла пацієнтів I групи були нижчими, ніж у II групі (зріст: 1,6 ± 0,1 м та 1,7 ± 0,1 м (p = 0,01), маса тіла: 55,1 ± 8,3 кг та 70,0 ± 10,8 кг (p = 0,0007) відповідно). Пацієнти I групи мали знижену м'язову масу верхніх кінцівок (3380,00 ± 0,85 кг та 7016,00 ± 1,54 кг, p = 0,0001); нижніх кінцівок (11264,00 ± 2,27 кг та 17625,00 ± 2,54 кг, p = 0,0001); загальну знежирену масу (35688,31 ± 5575,00 г та 51880,17 ± 6852,00 г, p = 0,0001). При цьому жирова маса в I групі була більшою (жирова маса верхніх кінцівок (% жиру): 30,7 ± 12,3 % та 16,2 ± 11,1 %, p = 0,007; нижніх кінцівок (% жиру): 34,3 ± 13,9 % та 20,8 ± 11,0 %, p = 0,02). Відмічалася позитивна кореляція між показниками IPAQ-SF та індексом скелетних м'язів (SMI) (r Спірмена = 0,62; p < 0,05).

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

Дубецька Г.С., Поворознюк В.В.
ДУ «Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМН України», м. Київ, Україна

Структурно-функціональний стан кісткової тканини в чоловіків і жінок із гіперурикемією та подагрою

Мета дослідження — вивчити структурно-функціональний стан кісткової тканини (показники її мінеральної щільності та якості) у жінок у постменопаузальному періоді та в чоловіків із різним рівнем сечової кислоти в сироватці крові.

Матеріали та методи. Пацієнти, які знаходились під спостереженням у ДУ «Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМН України»: 412 жінок у постменопаузальному періоді та 140 чоловіків віком від 50 до 80 років. Залежно від рівня сечової кислоти в сироватці крові за квартильним розподілом було виділено 4 групи пацієнтів: жінки у постменопаузальному періоді (Q1: < 235 мкмоль/л; Q2: 235–281 мкмоль/л; Q3: 282–329 мкмоль/л; Q4: > 329 мкмоль/л) та чоловіки (Q1: < 281; Q2: 281–342; Q3: 343–404; Q4: > 404 мкмоль/л). Визначення рівня сечової кислоти в сироватці крові здійснювали за допомогою уриказно-пероксидазного методу, мінеральної щільності кісткової тканини всього скелета, поперекового відділу хребта, шийки стегнової кістки, променевої кістки — за допомогою приладу Prodigy. Оцінку показника якості трабекулярної кісткової тканини проводили за допомогою інстальованої програми TBS iNsight® software на рентгенівському денситометрі (Med-Imaps, Pessac, France).

Результати. Частота остеопорозу в жінок у постменопаузальному періоді з гіперурикемією нижча порівняно з показниками осіб з нормоурикемією (відповідно 23 та 28 % на рівні поперекового відділу хребта й 17 та 21 % на рівні шийки стегнової кістки). Мінеральна щільність кісткової тканини була вірогідно вищою в жінок у постменопаузальному періоді з найвищими показниками рівня сечової кислоти на рівні шийки стегнової кістки, вертлюга та ультрадистального відділу кісток передпліччя між Q1 та Q4 квартильними групами (p < 0,05). Показник якості кісткової тканини не впливав на рівень сечової кислоти в жінок у постменопаузальному періоді залежно від квартильного розподілу (F = 0,78; p > 0,05).

Частота остеопорозу в чоловіків із гіперурикемією була нижчою порівняно з показниками чоловіків з нормоурикемією (відповідно 4 та 17 % на рівні поперекового відділу хребта; 4 та 15 % — шийки стегнової кістки). У чоловіків із найнижчим рівнем сечової кислоти спостерігались найнижчі показники мінеральної щільності кісткової тканини. Вірогідні відмінності виявлено в чоловіків між показниками мінеральної щільності кісткової тканини поперекового відділу хребта (F = 2,78; p = 0,04), передпліччя (ділянка 33 %) (F = 3,96; p = 0,01) та усього скелета (F = 2,7; p = 0,04) за квартильним розподілом згідно з рівнем сечової кислоти. Встановлено, що показники якості кісткової тканини у чоловіків були нижчими у четвертій квартильній групі з найвищими показниками сечової кислоти (F = 3,0; p = 0,04).

Висновки. У жінок у постменопаузальному періоді з найвищим рівнем сечової кислоти встановлено найвищі показники мінеральної щільності кісткової тканини, проте не виявлено вірогідних відмінностей між показниками якості кісткової тканини залежно від квартильного розподілу за рівнем сечової кислоти. Частота остеопорозу в чоловіків із гіперурикемією була нижчою порівняно з показниками осіб з нормоурикемією, а по-