

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

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

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

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

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

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

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

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

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

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

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

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

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

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

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

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