

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-

ря звертався кожен другий опитаний хворий. Вранішню скутість відмітили 46,3% пацієнтів з болем у спині, але лише у 20,83% вона тривала більше 30 хв. Серед хворих з болем у спині 17,75% чоловіків мали ознаки запального болю в спині, що визначалося наявністю одночасно ≥ 4 з 5 критеріїв Calin; 8,09% мали ознаки запального болю в спині за критеріями ASAS (≥ 4 з 5 критеріїв), а 3,89% відповідали критеріям ASAS та Calin одночасно. Лише у 2,79% хворих біль відповідав критеріям ASAS та тривав більше 3 міс. Найпоширенішим поєднанням ознак за критеріями Calin виявилися: поступовий початок у віці до 40 років, ранкова скутість, зменшення вираженості больового синдрому при фізичному навантаженні. Відповідно до критеріїв ASAS найпоширенішим поєднанням були поступовий початок болю у віці до 40 років, відсутність покращення після відпочинку і його наявність після фізичних навантажень. Найчастіше больовий синдром дебютував у віці 20–30 років (48,9%), рідше — 30–40 років (23,2%), ще рідше — старше 40 років (14,3%) і старше 45 років (9,4%). Для усунення больового синдрому 43,7% пацієнтів використовували нестероїдні протизапальні препарати, які виявилися ефективними у 85,52% випадків. У чоловіків із запальним типом болю за критеріями ASAS порівняно з групою чоловіків з механічним типом достовірно частіше ($p < 0,05$) відмічали скарги на біль у сідницях (32,69% vs 18,81%), який не іррадіював нижче колін (100% vs 91,86%), тривалість ранкової скутості ≥ 30 хв (42,3% vs 18,98%), наявність міжреберної невралгії (42,3% vs 28,13%) і проблем зі спиною у родичів першої та другої лінії (73,07% vs 48,81%). Вірогідних відмінностей у групах за наявністю вранішньої скутості, дактилітів, ентезитів, кон'юнктивіту, псоріазу, болю в суглобах чи їх припухлості, тривалості больового синдрому не виявлено.

Висновки. Попри значну поширеність болю в спині (у 84,9% чоловіків) лише близько половини хворих звертаються до лікаря для з'ясування його причин. Значно більша кількість чоловіків, які відповідають критеріям Calin порівняно з ASAS, можуть говорити про недостатню специфічність критеріїв Calin, однак ці дані потребують подальшого уточнення.

31. САРКОПЕНІЧНИЙ СИНДРОМ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ У ПОЄДНАННІ З НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ

*Р.І. Яцишин, І.В. Стойка, П.Р. Герич,
Х.М. Федорович, В.В. Мигович, Б.В. Доскалюк,
О.І. Гоцанюк*

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

Актуальність. Актуальною проблемою сучасної медицини є виявлення спільних патогенетичних механізмів ревматоїдного артриту (РА) та супутніх захворювань внутрішніх органів з метою розробки комплексного персоналізованого підходу до лікування та профілактики коморбідної патології. За даними сучасних наукових досліджень, при клініко-інструментальному

обстеженні хворих на РА ознаки ураження паренхіми печінки відмічають у 15% випадків. У формуванні хронічної патології гепатобіліарної системи домінують роль належить саме метаболічним порушенням, таким як саркопенія. В основі патогенезу саркопенії та порушення морфо-функціонального стану печінки у хворих на РА лежить підвищений рівень прозапальних факторів. Частою причиною формування стеатогепатиту також є тривала терапія НПЗП та метотрексатом у хворих на РА. Біль та деформація суглобів призводять до зниження рухової активності, внаслідок чого зменшуються сила та обсяги м'язової тканини.

Мета: дослідити неалкогольний стеатогепатит (НАСГ) та саркопенію у хворих на РА.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 20 чоловіків, хворих на РА, ступінь активності II–III, Rtg-стадія II–III, ФНС II ступеня. Середній вік пацієнтів $40,7 \pm 2,25$ року. Використовували алгоритм діагностики саркопенії, рекомендований EWGSOP(2009). Проведено опитування пацієнтів за допомогою опитувального SarQol. Визначали індекс маси тіла (ІМТ) та динамометрію. Проводили визначення масової частки м'язової тканини, підшкірного та вісцерального жиру за допомогою біоімпедансного монітору складу тіла OMRON BF 511. Визначили вміст лептину та креатинінази фракції ММ (КФК-ММ) у сироватці крові хворих. Проводили ультразвукове обстеження. Проведено опитування пацієнтів за допомогою опитувального CAGE.

Результати. За результатами опитувального SarQol та додаткових методів дослідження, у 87,5% пацієнтів діагностовано саркопенію. Середні показники динамометрії знаходилися в межах $18,3 \pm 0,7$ кг і були значно нижчими, ніж у здорових осіб $28,3 \pm 0,5$ кг. У 57% хворих на РА у поєднанні із саркопенією діагностовано саркопенічне ожиріння. Масова частка підшкірної жирової тканини у групі хворих осіб становила $37,9 \pm 3,7\%$, що відповідало високому та дуже високому рівню ожиріння, порівняно з групою здорових осіб $28,3 \pm 3,9\%$. Середні показники масової частки вісцерального жиру становили 13 ± 3 , у групі здорових осіб — 8 ± 2 . Масова частка скелетних м'язів у хворих осіб були у межах $21,2 \pm 1,7$, тоді як у групі здорових осіб — $29,3 \pm 1,6$. У 84% хворих із саркопенічним ожирінням за допомогою ультразвукового обстеження та опитування за тестом CAGE діагностовано неалкогольний стеатогепатит.

Висновки. РА призводить до порушень м'язового метаболізму, що, в свою чергу, зумовлює розвиток вторинної саркопенії. У зв'язку з цим до лікувальних заходів слід включити дієтичне харчування з підвищеною кількістю білка, фізичне навантаження, а саме аеробні вправи (плавання, катання на велосипеді) та лікарські засоби, які покращують м'язовий метаболізм, та препарати кальцію. Актуальним є дослідження впливу амінокислот левокарнітину та аргініну гідрохлориду на корекцію саркопенічного синдрому і неалкогольного стеатогепатиту.