

температурне відчуття під час альгометрії може відмічатися як больове, а, отже, призводити до спотворення результатів обстеження.

Мета: покращити якість об'єктивної діагностики порогу больової чутливості шляхом усунення модифікуючого впливу металеві контактною насадкою (зонду) альгометра у хворих на ФМ.

Методи дослідження. Розроблення приладу зі зміною контактної поверхні, наявної у традиційного альгометра, з металеві на дозволений для медичного використання полімерний матеріал з вкрай низькою теплопровідністю, зокрема порівняно з нержавіючою «медичною» сталлю (0,28 Вт/м×К для поліаміду-6 проти 16,2 Вт/м×К для AISI 304). Проведення парного діагностичного тесту у 20 пацієнтів з ФМ, не асоційованою з іншими ревматологічними захворюваннями, з використанням традиційного альгометра та розробленого приладу в класичних чутливих точках згідно з ACR1990.

Результати. Використання розробленого приладу виявило достовірно вищі значення больового порогу в обстежених пацієнтів порівняно з традиційною альгометрією (3,94±0,87 проти 1,79±0,63 кг/см² відповідно). У 6 з 20 пацієнтів (30%) із застосуванням приладу мало місце тактильне відчуття в частині чутливих точок, попередньо визначене як больове, що дозволило у двох обстежених не підтвердити діагноз ФМ згідно з ACR1990.

Висновки. Прилад для об'єктивної оцінки больового порогу у пацієнтів з ФМ покращує якість визначення больового порогу у таких пацієнтів порівняно з традиційним альгометром.

9. МОДЕЛЬ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ІНДУКЦІЇ СИСТЕМНОЇ СКЛЕРОДЕРМІЇ: ФОКУС НА РЕМОДЕЛЮВАННЯ РЕСПІРАТОРНОГО ВІДДІЛУ ЛЕГЕНЬ

Б.В. Доскалюк

Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ

Мета: охарактеризувати патогенетичні особливості ураження респіраторного відділу легень при експериментальному моделюванні системної склеродермії (ССД).

Методи дослідження. Для проведення індукції ССД відібрано 25 статевозрілих щурів лінії Wistar (220–240 г), які сформували дослідну групу; група контролю налічувала 20 особин. Лабораторним тваринам дослідної групи вводили тричі на тиждень 0,5 мл 5% розчину гіпохлориту натрію (NaClO) підшкірно впродовж 6 тиж, контрольні особини отримували ізотонічний розчин за тією ж схемою. Обидві групи тварин виведено з експерименту через 8 тиж. У ході дослідження визначено стан оксидантно-антиоксидантного гомеостазу (ОАГ) та рівень оксипроліну в плазмі крові. ОАГ оцінювали за показниками каталази, ТБК-активних продуктів, молекул середньої маси (МСМ) та дієнових кон'югатів (ДК) у плазмі крові. Імуноферментним методом встановлено рівень сурфактантного протеїну D (Elabscience SP-D ELISA-Kit), васкулярної молекули клітинної адгезії-1 (Elabscience VCAM-1 ELISA-Kit) та інтерлейкіну-13 (Elabscience IL-13 ELISA-Kit). Для опису морфологічних змін цитоархітекtonіки зразки легеневої тканини досліджено за допомогою світлової (Leica DM750, збільшення x200) та електронної (ПЕМ-125К, збільшення x9600) мікроскопії. Світлова мікроскопія зразків легеневої тканини здійснена з використанням стандартної методики забарвлення (гема-токсилін та еозин).

Результати. Очікувано серед тварин дослідної групи виявлено порушення ОАГ, що проявилось зниженням фракції антиоксидантів та зростанням рівня оксидантів. Рівень каталази у дослідній групі був нижчим порівняно з контрольною (9,69±0,67 та 11,1±0,87 г/л відповідно, $p<0,05$). Показник ТБК-активних продуктів був вищим у групі експерименту (4,3±0,26 та 3,85±0,23 нмоль/мл відповідно, $p<0,05$), як і рівень МСМ (0,261±0,027 та 0,247±0,031, $p<0,05$) та ДК (0,0139±0,0032 та 0,0060±0,0011, $p<0,05$). Концентрація оксипроліну в плазмі крові лабораторних тварин з дослідної групи була вірогідно вищою порівняно з контрольними особинами (34,03±5,01 та 33,23±2,4 мкмоль/л, $p<0,05$). В експериментальній групі відмічали також вищі показники IL-13 (136,4±56,23 та 9,43±4,01, $p<0,05$), VCAM-1 (91,25 [IQR 85,63–143,75] та 17,35±7,47, $p<0,05$) і SP-D (490,20 [IQR 228,75–568,73] та 70,13±33,21, $p<0,05$). Порушення морфологічної структури легеневої паренхіми відповідало ознакам неспецифічної інтерстиціальної пневмонії. Ремоделювання характеризувалося потовщенням міжальвеолярних перегородок в результаті продуктивних склеротичних змін та інфільтрації лімфоцитами. Окрім цього, в біоптатах вдалося визначити наявність поодиноких міофібробластів та потовщення базальної мембрани судин мікроциркуляторного русла. Оцінка за шкалою Ешкрофта була значно вищою у дослідній групі (3,7±0,6) порівняно з контрольними тваринами (0,6±0,1) ($p<0,05$). У ході ультраструктурного аналізу зразків легеневої тканини вдалося встановити накопичення значного обсягу колагенових волокон в інтерстиціальній тканині стінки альвеоли. У особин з контрольної групи гістологічне дослідження зразків легеневої тканини значних відхилень від норми не виявило.

Висновки. Описана модель індукції ССД дає змогу вивчити патогенетичні механізми порушення морфофункціонального стану респіраторного відділу легень при даній патології.

10. СКРИНІНГОВА ДІАГНОСТИКА САРКОПЕНІЇ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ В ПРАКТИЧНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ

А.А. Заздравнов¹, О.О. Качанов²

¹Харківський національний медичний університет, Харків

²Амбулаторія № 1 Центру первинної медичної допомоги — КНП «Міська поліклініка № 24» Харківської міської ради

Згідно з визначенням European Working Group on Sarcopenia in Older People саркопенія (СП) розглядається як прогресуюча і генералізована втрата маси скелетних м'язів, м'язової сили та/або функціональної спроможності м'язів, що призводить до несприятливих подій, таких як інвалідність, погіршення якості життя, смерть. Зазвичай СП є результатом інволютивних змін, поряд з цим даний синдром асоціюється з низкою хронічних захворювань та патологічних станів, включно з хронічною серцевою недостатністю (ХСН). Втім, остання є однією з найбільш поширених нозологій та основних мішеней у роботі лікаря загальної практики.

Мета: оцінити можливість використання опитувальника SARC-F та рутинної кистьової динамометрії в практичній діяльності сімейного лікаря при діагностиці СП у пацієнтів із ХСН.

Матеріали і методи дослідження. Було обстежено 36 пацієнтів з ХСН 2-го функціонального класу (ФК) ішемічного генезу. Середній вік пацієнтів становив 62±1,14 року,

переважали чоловіки (21). Фракція викиду лівого шлуночка становила 40–49%. Усім пацієнтам з метою скринінгу СП проведено анкетування за опитувальником SARC-F (критичний рівень — 4 бали та більше) і кистева динамометрія (критичний рівень 20 кг та менше — для жінок, 30 кг та менше — для чоловіків). Пацієнтам з виявленою СП для верифікації діагнозу виконано біоімпедансометрію.

Результати. Анкетування пацієнтів за опитувальником SARC-F виявило порушення м'язової функції у 6 (16,7%) хворих із ХСН, які набрали 4 бали та більше. Зниження м'язової сили за результатами кистевої динамометрії виявлено у 10 (27,8%) пацієнтів, у тому числі у всіх «SARC-F-позитивних» хворих. Зменшення м'язової маси підтверджено при біоімпедансометрії у 6 (100%) «SARC-F-позитивних» пацієнтів та у 2 із 4 хворих зі зниженими показниками динамометрії, але з кількістю балів за SARC-F менше 4.

Результати нашого невеликого дослідження вказують на те, що поширеність СП серед хворих похилого віку з ХСН (16,7%) суттєво не перевищувала загальнопопуляційний показник для цієї вікової категорії (7–14% за даними різних авторів). Проте невелика кількість обстежених нами пацієнтів та відсутність групи порівняння не дають змоги вважати отримані результати статистично достовірними й потребують подальших досліджень у цьому напрямку. Поряд з цим «польова» апробація анкетування за опитувальником SARC-F і кистевої динамометрії показала доступність, дешевизну та інформативність даних скринінгових методів діагностики СП в умовах первинної ланки медичної допомоги. Зважаючи на те, що СП є незалежним фактором ризику смерті, рання діагностика даного синдрому є надзвичайно важливою для формування груп підвищеного ризику серед пацієнтів із ХСН. Корекція фізичної активності, зміни характеру і обсягу харчування можуть позитивно впливати на пацієнтів з СП і ХСН, покращити якість та збільшити тривалість життя.

Висновки. Використання опитувальника SARC-F в поєднанні з кистевою динамометрією є доступним, дешевим та інформативним методом скринінгу СП на етапі первинної медичної допомоги. Рання діагностика та корекція СП, в свою чергу, є дієвим заходом покращення прогнозу для пацієнта.

11. РЕЗУЛЬТАТИ МОНІТОРИНГУ ХВОРОБОМОДИФІКУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ У РЕВМАТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Л.С. Крикливець¹, А.А. Мажарівська², С.Ю. Крикливець¹

¹КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради», м. Житомир

²Житомирський медичний інститут ЖОР, м. Житомир

Хворобомодифікуючі антиревматичні препарати (ХМАРП) впроваджені в практику лікарів-ревматологів Житомирської обл. ще в 1988 р. Першим препаратом із цієї групи став метотрексат, який увійшов у програму лікування ревматоїдного артрити (РА). На сьогодні ревматологи КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» застосовують весь арсенал ХМАРП, зареєстрованих в Україні, призначення і застосування яких проводяться з урахуванням міжнародних рекомендацій EULAR, ACR, NICE.

Мета дослідження полягала в проведенні аналізу застосування та моніторингу хворобомодифікуючої терапії у ревматологічних пацієнтів Житомирської обл.

Матеріали і методи дослідження. У ході дослідження використані бібліосемантичний, статистичний методи

та статистичні дані Центру громадського здоров'я Житомирської обл.

Результати. У 2020 р. в Житомирській обл. ХМАРП-терапію відповідно до локальних протоколів потребували 1864 особи віком 18–50 років, з яких 87,4% жінок та 12,6% чоловіків. Серед них 79,4% (1480 осіб) — пацієнти із ревматоїдним артритом; 6,8% (127 осіб) — із псоріатичною артропатією; 6,3% (118 осіб) — із системною склеродермією; 3,0% (56 осіб) — із аксілярним спондилоартритом; 2,7% (51 особа) — із анкілозним спондилоартритом; 1,2% (24 особи) — із системним червоним вовчаком і системними васкулітами; 0,6% (8 осіб) — із ювенільним ревматоїдним артритом. ХМАРП-терапію отримали 63,6% пацієнтів (1186 осіб) від загальної частки осіб, що її потребували. Розподіл препаратів, які застосовували для даної групи пацієнтів, такий: метотрексат отримували 89,2% (1058 осіб) хворих; лефлунамід — 3,5% (41 особа); мофетилу мікофенолат — 1% (12 осіб); сульфасалазин — 1,9% (22 особи); гідроксихлорохін — 1,9% (23 особи) та препарати біологічної терапії (без деносумабу) — 2,5% (30 осіб). Із показаних випадків лікування біологічними ХМАРП в області забезпечено лише на 20%, що зумовлено в більшості випадків вартістю терапії. Водночас всі дорослі пацієнти з ювенільним ревматоїдним артритом отримують її в повному обсязі в рамках реалізації загальнодержавної програми.

Щодо розподілу отримання ХМАРП-терапії за нозологіями їх частка відповідно становила: системний червоний вовчак — 97%, ревматоїдний артрит — 71,5% та лише 23,6% на анкілозний спондилоартрит та псоріатичну артропатію. Серед пацієнтів із ревматоїдним артритом, яким був показаний метотрексат, його отримували 71,5%. Решта 28,5% хворих не одержували його через низьку прихильність до лікування, зловживання алкоголем та побічні ефекти, викликані застосуванням препарату в минулому. Мофетилу мікофенолат отримували 75% хворих, яким він показаний. Тоді як 25% хворих не були ним забезпечені через власну низьку купівельну спроможність. Що стосується гідроксихлорохіну, його отримували в мінімальних лікувальних дозах всі пацієнти, що потребували його.

За даними власних спостережень, в області моніторинг лікування найкраще проводиться серед пацієнтів, що отримували біологічні ХМАРП. Зокрема, у лікувальному закладі ведеться обов'язковий електронний реєстр пацієнтів, де фіксуються результати лабораторних та інструментальних даних в динаміці, а також дозування і частота введення препаратів.

Висновки. Лікування ХМАРП потребує проведення ретельного моніторингу хворих, що передбачає контроль активності (за індексами активності), своєчасну корекцію дози препарату, часу його заміни (за потреби) чи призначення комбінації двох, а то й трьох базисних протиревматичних протизапальних препаратів. Моніторинг хворобомодифікуючої терапії у ревматологічних хворих є одним із пріоритетних напрямків діяльності лікарів та дієвих засобів, що дозволяє забезпечити принцип «лікування до досягнення цілі».

12. МАНІФЕСТАЦІЯ АНСА-АСОЦІЙОВАНИХ СИСТЕМНИХ ВАСКУЛІТІВ З ОГЛЯДУ НА АКТИВАЦІЮ КОМПЛЕМЕНТА ТА IL-16

Г.П. Кузьміна

Дніпровський державний медичний університет, ФПО

Останнім часом відмічаються суттєві зміни мети терапії системних васкулітів (СВ), асоційованих з антинейтро-