

# ТЕЗИ ІХ НАЦІОНАЛЬНОГО КОНГРЕСУ РЕВМАТОЛОГІВ УКРАЇНИ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ 2025

12–14 ЛИСТОПАДА 2025 Р.

## 1. EFFECTIVENESS OF A MOBILE APP-BASED LIFESTYLE INTERVENTION ON SELF-EFFICACY AND HEALTH LITERACY IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS: A PILOT RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL

**D. Fedkov**

*Bogomolets National Medical University, Kyiv*

**Background.** Self-efficacy and health literacy are crucial for effective self-management in patients with rheumatoid arthritis (RA), yet many patients struggle with both, leading to poor treatment adherence and worse health outcomes. Low self-efficacy is associated with greater pain, fatigue, and disability, while limited health literacy impairs the ability to understand and follow medical advice. Improving these factors through targeted education and support can significantly enhance disease control and quality of life in patients with RA.

**The objective:** to evaluate the impact of 12 weeks of mobile application use on self-efficacy and health literacy in patients with RA.

**Materials and methods.** Sixty patients with RA participated in a single-blind, randomized controlled trial. Patients were randomized to either report patient-reported outcomes only (control group) or to additionally receive 12 weeks of individualized lifestyle counseling via the Mida Rheuma® app (intervention group). This CE-certified software offers personalized treatment using a conversational agent, supervised learning algorithms, and a dynamic feedback system to recommend and adjust 7–11-day evidence-based action plans across areas such as diet, mental health, exercise, and medication adherence. Action plans are tailored to patient profiles through clinical data, medical guidelines, and machine learning techniques and are delivered via chat with multimedia support to promote sustained behavioral change. The Arthritis Self-Efficacy Scale–8 item (ASES-8) and the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q16) were used to assess self-efficacy and health literacy, respectively.

**Results.** Of the 60 patients included in the analysis, 73.3% were female, with a mean age of  $52.4 \pm 12.81$  years. At baseline, mean self-efficacy scores were  $7.28 \pm 1.65$  (intervention) and  $6.62 \pm 1.27$  (control), while health literacy scores were  $13.73 \pm 2.62$  (intervention) and  $13.57 \pm 1.98$  (control). After 12 weeks, the intervention group showed a trend toward improvement in ASES-8 scores by 8.41% and HLS-EU-Q16 scores by 5.07% ( $p = 0.054$  and  $p = 0.087$ ,

respectively). In contrast, the control group showed a negative trend in both measures. The improvement in ASES-8 and HLS-EU-Q16 was significantly greater in the intervention group compared to the control group ( $p = 0.001$  and  $p = 0.018$ , respectively).

**Conclusions.** Mobile applications can significantly improve self-efficacy and health literacy in patients with RA. These findings highlight the potential of digital interventions and the need for continued research to optimize self-management strategies in RA patients.

## 2. THE STATE AND CORRECTION OF DYSLIPIDEMIA AND ENDOTHELIAL FUNCTION IN PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS

**O.I. Palamarchuk, S.L. Podsevakhina,  
O.S. Chabanna**

*Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University,  
Faculty of Postgraduate Education Department of internal  
diseases, Zaporizhzhia*

Ankylosing spondylitis (AS), or Bechterew's disease, is associated with an increased risk of cardiovascular diseases, which is partly due to endothelial dysfunction — a violation of the functions of the inner layer of blood vessels, responsible for the regulation of vascular tone, inflammation and thrombus formation. Recent studies have convincingly proven that patients with AS have a reduced endothelium-dependent dilation of the brachial artery, which indicates impaired endothelial function. Endothelial dysfunction is an early marker of cardiovascular complications in AS. Therefore, its assessment and correction can help in the prevention of heart attacks, strokes and other complications. Omega-3 polyunsaturated fatty acids (omega-3 PUFAs) and preparations based on them, mainly eicosapentaenoic acid (EPA) and docosahexaenoic acid (DHA), increase the bioavailability of nitric oxide (NO) — the main mediator of vascular relaxation, contribute to the improvement of the restoration of flexibility and elasticity of arteries, reduce vascular stiffness, and reduce the frequency of cardiovascular events in patients with ankylosing spondylitis and ischemic heart disease.

The goal of the present study was to investigate the state of endothelial function in patients with ankylosing spondylitis and the possibilities of its correction using Omega-3 polyunsaturated fatty acids.

**Materials and methods.** 90 patients were examined (45 men (50,0%) and 45 women (50,0%) aged  $(40,1 \pm 4,4)$  years). The duration of the disease was  $(7,6 \pm 2,5)$  years. All subjects were treated with basic

treatment for AS. Patients were divided into two groups: Group 1: 45 patients received a combination of atorvastatin (20 mg/day) and omega-3 PUFA (2 g/day) — the drug «Omacor». Group 2: 45 patients took atorvastatin at a dose of 20 mg/day. The study methods included the determination of total cholesterol, LDL, HDL and triglycerides (TG), as well as the level of endothelin-1 (ET-1) by enzyme immunoassay. To study endothelial function, dopplerography of the brachial artery (BA) in the middle third was used according to the method of D.S. Zelermeier before and after occlusion with a tonometer cuff and sublingual administration of 500 mg of nitroglycerin with assessment of indicators of endothelium-dependent (EDVD) and endothelium-independent (ENVD) vasodilation. The presence of endothelial dysfunction was verified by a decrease in the EDVD of the brachial artery by less than 10% from the initial level. Statistical analysis of the obtained data was performed using parametric and nonparametric statistics on a personal electronic computer using Microsoft Excel software and «STATISTICA version 7.0».

**Results.** An increase in the diameter of the brachial artery in response to the reactive hyperemia test during follow-up was observed in both groups; however, it was significantly greater ( $p < 0.05$ ) in patients in Group 1, who received combined lipid-lowering therapy, compared to those in Group 2, who received atorvastatin monotherapy. Similar trends were observed in the dynamics of endothelium-dependent vasodilation (EDVD) and endothelium-independent vasodilation (ENVD) of the brachial artery. The effect of atorvastatin on the level of endothelin-1 (ET-1) in Group 1 was significant — a 29.8% decrease ( $p < 0.02$ ).

In contrast, in Group 2, where combination therapy with the addition of omega-3 polyunsaturated fatty acids (PUFAs) was used, ET-1 levels decreased even more markedly — by 39.4% ( $p < 0.05$ ), indicating a highly significant difference from baseline values. Among patients with ankylosing spondylitis (AS), type IIa dyslipidemia was diagnosed in 45 individuals (50.0%), type IIb dyslipidemia in 31 patients (34.4%), and type IV dyslipidemia in 17 patients (15.6%). After 12 weeks of treatment, the use of both monotherapy and combined lipid-lowering therapy allowed achieving the target LDL-C level ( $< 2.5$  mmol/L) in 79.9% of patients in Group 1 and 68.4% in Group 2, respectively. A statistically significant and more pronounced reduction in triglyceride (TG) levels was observed in patients receiving combined lipid-lowering therapy after 12 weeks of treatment. Additionally, a notable increase in HDL-C levels was detected in 58.7% of Group 1 and 43.4% of Group 2.

**Conclusions.** The use of combined hypolipidemic therapy with atorvastatin and omega-3 polyunsaturated fatty acids (the drug «Omacor») allows normalization of the lipid profile in patients with ankylosing spondylitis (AS) and leads to a statistically significant ( $p < 0.05$ ) reduction in triglyceride (TG) levels. A positive and statistically significant effect of this combination on endothelial function was identified,

manifested by a notable and reliable decrease in vasoconstrictor activity and an enhancement of vasodilation.

### 3. AGE-RELATED INFLAMMATORY AORTOPATHIES AS A SUBJECT OF SCIENTIFIC RESEARCH

**O. Puzanova<sup>1</sup>, A. Lyzikov<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>*PHEE Kyiv Medical University, Kyiv*

<sup>2</sup>*James Cook University Hospital, Middlesbrough, The United Kingdom*

Aortic diseases (ADs) contribute much to morbidity and serve as a model for studying vascular and inflammatory aging. Traditionally they are within the scope of interest of surgeons, now of multidisciplinary teams. Aortic mortality has increased in aged women — a patient category that is particularly dominant among those with inflammatory rheumatic diseases (RDs). The lack of comprehensive scientific research into the problem of ADs is widely acknowledged. Aimed to study advanced and historical international experience, identify prevailing concepts and promising further research directions regarding inflammatory aortopathies, and being specialists in the field of vascular surgery, rheumatology and evidence-based medicine (EBM), we conducted a complex interdisciplinary study.

**Materials and methods.** Methods of systemic, interdisciplinary, EBM approaches, information analysis and expert assessment were used to investigate special literature on ADs and related conditions (in general, 2450 multilingual sources without time limitations, first published in the EBM databases).

**Results.** New nomenclature of inflammatory ADs by the 2015 Consensus of the Society for Cardiovascular Pathology and the Association for European Cardiovascular Pathology offered 4 diagnostic classes (aortitis, periaortitis, atherosclerosis and atherosclerosis with excessive inflammation including inflammatory atherosclerotic aneurysm, IAA) and 4 basic histologic patterns, which were discussed in relation to RDs, taking into account literature data on those with high prevalence of aortitis ( $> 10\%$ ): giant cell arteritis (GCA), Takayasu arteritis, Cogan's syndrome, ankylosing spondyloarthritis and recurrent polychondritis. Since then, new knowledge has emerged regarding new and overlap ADs, mostly in the aged: aortitis in VEXAS syndrome ( $\pm$ GCA, etc.), COVID-19-induced aortic aneurysm or dissection as well. Evidence has accumulated of the role of genetic and epigenetic factors in late-onset ADs. The paradigm is multifactorial nature and universal pathogenetic role of inflammation in all ADs (ranged from low-grade inflammation with atherosclerosis or sporadic degenerative aneurysm to severe with purulent aortitis or active GCA). Other scientific concepts on the topic are of: 1) decreasing aortic mortality by: target anti-inflammatory stabilization of aortic aneurysm; early diagnose of vascular subtype of immunoglobulin G4-related disease (IgG4-RD), particularly primary thoracic aortitis; 2) isolated aortitis as a main risk factor

for late-onset aortic aneurysm; 3) glucocorticoids (GCs) as initial therapy for non-infectious aortitis, but as aortotoxic while being used in the absence of aortic inflammation; 4) nosological entity for: GCA with isolated aortitis, polymyalgia rheumatica (PMR) and Takayasu arteritis; IgG4-RD with abdominal periaortitis and lymphoplasmacytic thoracic aortitis; 5) main pathogenetic role with aortic dissection for aortic inflammation, with aortic aneurysm for different types of inflammatory cells. The concept of vascular-IgG4-RD, which has been recently developed in Japan, put forward a hypothesis on the related aortopathy as a «special curable large vessel vasculitis» and to suggest pathologists classify inflammatory aortic aneurysms by IgG4-status. Our study substantiated the spectrum of age-related aortopathies: aortic stiffness syndrome, atherosclerosis/IAA, aortic mediocalcinosis, fatty and amyloid degeneration, ADs with GCA, PMR, IgG4-RD or other late-onset RDs. Besides, infectious and iatrogenic aortopathies are more danger in aged than in younger patients. With these ADs, we considered the mechanisms of inflammaging and immunesenescence, links with the other age-related risks and comorbidities, and offered the original conceptual model of abdominal aortic aneurysm prevention. Further research should develop a universal nomenclature of ADs, strengthen evidence on the aortic effects (and their epigenetic potential) of different diseases, drugs and other xenobiotics, nanotechnologies, life style and microbiota characteristics, life quality after aortic interventions, etc. The scientific monograph «Inflammatory aortopathies and rheumatic diseases of the elderly» was published in 2023 in Kyiv to publicize our research.

**Conclusions.** The concept of aged-related inflammatory ADs, rising from the Consensus of European cardiovascular pathologists, corresponds to the longevity medicine's paradigm on managing vascular and inflammatory aging and the Decade of Healthy Aging's tasks.

To our knowledge, our initiative interdisciplinary international study and its main result, which is the monograph printed in Ukraine, have no prototypes. Further research should base on interdisciplinary approach, and rheumatologists may contribute much by studying ADs in patients with RDs of the elderly, late-onset RDs and special geriatric syndromes.

#### 4. VITAMIN D STATUS IN COMPREHENSIVE-COMPLEX APPROACHES IN MANAGEMENT OF PATIENTS WITH GONARTIHRISIS

**S.L. Podsevahina, O.S. Chabanna,  
O.I. Palamarchuk**

*Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical  
University, Faculty of Postgraduate  
Education Department of internal diseases,  
Zaporizhzhia*

Osteoarthritis of the knee joint (KJO) is one of the most common forms of degenerative-inflammatory joint diseases. Vitamin D deficiency is

associated with an increased risk of progression of KJO, decreased muscle strength, and more pronounced pain syndrome.

**The objective:** to investigate and assess the effect of adding cholecalciferol in KJO treatment in patients with vitamin D deficiency and the dynamics of pain, functional activity, and quality of life.

**Materials and methods.** 62 patients with stage 1–2 osteoarthritis (according to the Kellgren–Lawrence classification) were examined; subjects were divided into the main group (n=34) with 25-hydroxyvitamin D (25(OH)D) deficiency and the control group (n=28) with normal vitamin D levels. In accordance with national and international clinical recommendations, all patients were prescribed pharmacotherapy, which included basic drugs from the group of symptomatic slow-acting drugs for osteoarthritis (SYSADOA), as well as nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) (on demand), and patients in the main group additionally received cholecalciferol 5600 IU/day for 12 weeks. The effectiveness of therapy was assessed using the visual analog scale (VAS) and the KOOS (Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score) scale in dynamics. The KOOS scale includes five domains: pain; symptoms (swelling, limited mobility, mechanical manifestations); daily activity; activity requiring significant physical effort and sports; quality of life related to the condition of the knee joint. The duration of the study was 90 days and included four visits: V1 (day of inclusion), V2 (30 ± 3 days), V3 (60 ± 3 days), V4 (90 ± 3 days).

**Results.** In patients in the main group, the level of vitamin D was below optimal values: 72% were found to be insufficiency, and 28% were deficient. The reduction in pain according to VAS was significant in both groups, but the rate of decrease was faster and more pronounced in the main group. After 30 days of observation, patients in the main group showed a significant decrease in pain intensity according to VAS by 35% compared to baseline (p<0,05), while in the control group the decrease was only 20%. By V3, this figure was 51,8% versus 41,9%, respectively. The most pronounced decrease was observed at V4, when pain decreased by 65,3% in the main group and by 53,8% in the control group. In addition, the proportion of patients who required the use of NSAIDs decreased to 22,5% versus 35,6% in the control group after 30 days, and subsequently patients in both groups completely refused to take them. For all five KOOS domains — «pain», «symptoms», «daily activity», «physical activity and sports», «quality of life» — the indicators of the main group prevailed over the corresponding values in the control group from the second visit. The total KOOS score in the main group increased from 43.8 to 91.1 points, and in the control group — from 44.8 to 85.0. The largest differences were found in the domains «quality of life» and «physical activity». By day 90, 89,6% of patients in the main group reached the optimal level of 25(OH)D, which was accompanied by a significant improvement in clinical condition.

Analysis of the dynamics of the total score of the KOOS scale confirmed the positive effect of including cholecalciferol in the complex therapy of OAC. Such dynamics indicates not only the effectiveness of the treatment, but also the stability of its effect, provided that the level of vitamin D is corrected.

**Conclusions.** Adding cholecalciferol to the treatment of OAC in patients with its deficiency improves the clinical condition, reduces pain, increases functional activity and quality of life.

## 5. INTENSITY OF NIGHTTIME ARTHRALGIA AND THE RADIOGRAPHIC GRADE OF GONARTHROSIS: IS THERE A LINK?

*A.A. Zazdravnov*

*Kharkiv National Medical University, Kharkiv*

Osteoarthritis (OA) is the most common joint disease, affecting approximately 600 million people worldwide. Knee joint damage (gonarthrosis — GA) is the most common form of OA. The most distressing symptom of GA is arthralgia. About a quarter of patients with GA complains of night pain in the knee joints. Nighttime arthralgia is poorly relieved by nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), disrupts sleep, and causes depression. The presence of nighttime arthralgia indicates a more unfavorable course of GA and is used as one of the criteria for knee arthroplasty.

The aim. To identify the intensity of nighttime arthralgia in patients with GA of various radiographic grades (by Kellgren-Lawrence).

**Materials and methods.** The study included 32 patients with GA accompanied by nighttime arthralgia, aged  $48 \pm 3.21$  years, predominantly women (22). Group 1 consisted of 18 patients with GA, grade 3. Group 2 consisted of 14 patients with GA, grade 4. The intensity of nighttime joint pain was assessed using a 10-point visual analog scale (VAS), where level 1 corresponded to the absence of pain, and level 10 corresponded to the very severe pain that could not be tolerated. Statistical processing of the obtained results was carried out using the nonparametric chi-square criterion (2), which indicated the differences between the empirical and theoretical frequencies of variables.

**Results.** Among patients in group 1, nighttime arthralgia of low intensity (from 2 to 4 points by VAS) was observed in 2 cases, average intensity (from 5 to 7 points by VAS) was observed in 8 cases, and high intensity (from 8 to 10 points by VAS) was observed in 8 cases. Nighttime arthralgia of varying intensity was present among patients of group 2 in 7, 4 and 3 cases, respectively. Statistically significant ( $\chi^2=6.193$ ,  $df=2$ ,  $p=0.045$ ) differences in the severity of nighttime arthralgias depending on the grade of GA between the groups of patients were identified. In patients with GA, grade 3, high and moderate intensity nighttime arthralgias predominated; low and moderate intensity arthralgias were more frequently observed in patients with GA, grade 4. This fact can be

explained by a more limited motor regimen in patients with the terminal grade 4, in which mechanical irritation of the joints was less intense compared to that in patients with GA, grade 3.

The impact of nighttime arthralgia goes beyond the knee joint, affecting the patient's adaptation, quality of sleep and quality of life. It is known that in a person coexisting with chronic pain syndromes, poor sleep aggravates pain, reduces the pain threshold, and, ultimately, leads to a worsening of the disease. From this position, the influence of nocturnal joint pain on the sleep of patients with GA was considered. Sleep disorders in the form of disturbances in the process of falling asleep and/or frequent nocturnal awakenings were detected in 14 (77.8%) patients with GA, grade 3 and in 13 (92.9%) patients with GA, grade 4. There were no statistically significant differences between the frequency of insomnia detection and the radiographic grade of GA in patients with nighttime arthralgias ( $\chi^2=1.358$ ,  $df=1$ ,  $p=0.243$ ). All patients used NSAIDs to relieve night joint pain. Adaptive non-drug methods of relieving nighttime arthralgia were used by 15 (83.3%) patients with GA, grade 3 and 11 (78.6%) patients with GA, grade 4 in addition to NSAIDs. A pillow or a blanket placed between the knees was most frequently used. These patients noted a positive effect of adaptive methods, complementing the action of NSAIDs.

**Conclusions.** There is a link between the severity of nighttime arthralgia and the radiographic grade by Kellgren-Lawrence in patients with GA. Nighttime arthralgia in patients with GA grade 3 is more intense than arthralgia in patients with GA grade 4. These arthralgias negatively affect the sleep of patients regardless of the radiographic grade of GA. The use of non-drug adaptive methods for relieving nocturnal joint pain is an effective addition to NSAIDs.

## 6. ВПЛИВ ЦЕНТРАЛЬНОЇ СЕНСІТИЗАЦІЇ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ТА ПЕРЕБІГ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ

*В.О. Бомбела, М.А. Станіславчук*

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця*

Центральна сенситизація (ЦС) є ключовим чинником хронізації болю при ревматоїдному артриті (РА), пов'язаним із персистуванням центральних нейропластичних механізмів. Цей феномен визначає індивідуальні відмінності клінічної відповіді та потребує врахування при виборі терапевтичної стратегії у таких пацієнтів.

**Мета:** оцінити вплив ЦС на ефективність лікування РА та особливості перебігу захворювання залежно від її вираженості.

**Матеріали та методи.** Обстежено 122 пацієнти із діагнозом РА (ACR/EULAR, 2010). Активність захворювання оцінювали за DAS-28, CDAI, SDAI, а інтенсивність болю — за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ) за суб'єктивною думкою пацієнта й оцінкою лікаря. Наявність ЦС встановлювали за допомогою ва-

лідизованої україномовної версії Central Sensitization Inventory (CSI) (Станіславчук М.А., Бомбела В.О., Шкарівський Ю.Л., 2022). Пацієнтів було стратифіковано за наявністю ЦС: група з ЦС ( $n=48$ ,  $CSI \geq 40$  балів) та без ЦС ( $n=74$ ,  $CSI < 40$  балів) (Mayer T.G. et al., 2012). Для детальнішого аналізу пацієнтів додатково було поділено на дві підгрупи: із субклінічною, легкою або помірною вираженістю ЦС ( $CSI 0-49$  балів) та тяжкою або екстремальною ЦС ( $CSI \geq 50$  балів) (Neblett R. et al., 2017). Ефективність стандартної терапії хворих на РА оцінювали за критеріями ACR20/50/70 до початку лікування та через 12 тиж. Статистичну обробку даних проводили з використанням MS Excel та SPSS 22.0 (SPSS Inc.). Результати представлені у вигляді середнього значення зі стандартним відхиленням ( $M \pm SD$ ).

**Результати.** Порівняльний аналіз клініко-демографічних характеристик показав, що пацієнти з ЦС відзначалися тенденцією до старшого віку ( $57,4 \pm 9,3$  проти  $51,2 \pm 12,8$  року;  $p=0,12$ ) та більшою часткою жінок (92 проти 86%;  $p=0,32$ ). Хоча ці відмінності не були статистично значущими, пацієнти з ЦС мали достовірно триваліший перебіг РА ( $13,1 \pm 8,9$  проти  $7,0 \pm 6,3$  року;  $p < 0,01$ ), що може свідчити про асоціацію між хронічністю захворювання та розвитком ЦС. Встановлено, що на початку лікування активність РА у пацієнтів із ЦС була значно вищою порівняно з хворими без ЦС (DAS-28:  $6,34 \pm 0,77$  проти  $5,06 \pm 0,94$ ; SDAI:  $39,2 \pm 8,99$  проти  $28,13 \pm 9,14$ ; CDAI:  $38,35 \pm 8,5$  проти  $27,2 \pm 8,41$ ; ВАШ-п:  $7,65 \pm 1,04$  проти  $6,08 \pm 1,33$ ; ВАШ-л:  $6,46 \pm 1,13$  проти  $5,28 \pm 1,1$ ;  $p < 0,01$ ). Після 12 тиж стандартної терапії у групі без ЦС DAS-28 знизився до  $4,47 \pm 0,91$ , тоді як у групі з ЦС — до  $5,10 \pm 0,49$  ( $p < 0,01$ ). Аналогічно SDAI зменшився до  $21,1 \pm 7,26$  у групі без ЦС проти  $26,8 \pm 6,74$  у пацієнтів з ЦС, CDAI — до  $20,6 \pm 6,54$  проти  $26,54 \pm 6,49$ , ВАШ-п — до  $5,5 \pm 1,41$  проти  $6,44 \pm 1,09$ , ВАШ-л:  $4,68 \pm 1,02$  проти  $5,5 \pm 0,99$  ( $p < 0,01$ ) відповідно. Тобто після 12 тиж лікування у пацієнтів із ЦС зберігалися вищі показники активності РА, що вказує на вплив ЦС як чинника, який ускладнює досягнення оптимальної клінічної відповіді.

Виявлено, що частка респондерів за критеріями ACR20 становила 68,9% у пацієнтів без ЦС проти 54,2% із ЦС, за ACR50 — 33,8 проти 22,9%, а за ACR70 — 5,4 проти 0%. Більш виражена ЦС асоціювалася з гіршою відповіддю на терапію: лише 21,7% пацієнтів із тяжкою та екстремальною ЦС досягли ACR20, тоді як у групі з субклінічною, легкою та помірною ЦС цей показник становив 72,7% ( $p < 0,01$ ).

Аналіз динаміки за CSI показав, що до початку лікування у хворих із ЦС середнє значення цього показника було достовірно вищим, ніж у пацієнтів без ЦС ( $51,5 \pm 7,91$  проти  $19,9 \pm 9,02$ ;  $p < 0,01$ ). Після 12 тиж терапії відзначалося зниження CSI в обох групах, однак його рівень залишався достовірно вищим у пацієнтів із ЦС ( $45,9 \pm 5,7$  проти  $15,8 \pm 6,9$ ), тоді як у групі без ЦС —  $15,84 \pm 6,87$  ( $p < 0,01$ ).

**Висновки.** ЦС зумовлює тяжкий перебіг РА та зниження ефективності стандартної терапії. Більш виражена ЦС асоціюється з істотно гіршою клінічною відповіддю, що визначає її роль як предиктора терапевтичної резистентності. Виявлення та оцінка

ЦС, а особливо ступеня її вираженості, мають важливе значення для прогнозування відповіді на лікування й формування персоналізованих терапевтичних стратегій.

## 7. ВАЖКОКЕРОВАНИЙ ПСОРИАТИЧНИЙ АРТРИТ: НОВІ ПІДХОДИ ДО КЛАСИФІКАЦІЇ ТА ВЕДЕННЯ

**О.П. Борткевич, Д.М. Сидоренко, А.В. Романовський**

*ДУ «ННЦ «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини імені академіка М.Д. Стражеска Національної академії медичних наук України», м. Київ*

ПсА — тяжке системне запальне захворювання з ураженням суглобів, шкіри, ентезитами, дактилітом, ураженням аксіального скелету та супутніми коморбідностями, що часто призводить до погіршення якості життя пацієнтів. ПсА є не лише локалізованим захворюванням опорно-рухового апарату — він асоціюється з підвищеним ризиком кардіометаболічних, автоімунних, онкологічних й психічних коморбідностей.

**Мета:** узагальнити сучасні уявлення про псоріатичний артрит зі складним перебігом, проаналізувати поняття «Difficult-to-Treat PsA (D2T-PsA)» та «Complex-to-Manage PsA (C2M-PsA)», визначені GRAPPA (Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis) та обґрунтувати необхідність їх впровадження в клінічну практику України.

**Матеріали та методи.** Проведено систематичний огляд наукових публікацій за 2019–2025 рр., включаючи документи GRAPPA, рекомендації Європейського альянсу ревматологічних асоціацій (European Alliance of Associations for Rheumatology — EULAR), дані реєстрів і оглядів. Використано методи аналізу, порівняння та критичного узагальнення інформації про визначення, клінічні характеристики, фактори ризику та стратегії ведення пацієнтів із D2T- та C2M-PsA.

**Результати.** Визначено ключові ознаки D2T-PsA (резистентність до  $\geq 2$  класів препаратів) та C2M-PsA (наявність коморбідностей, психосоціальних бар'єрів, низької прихильності). Проаналізовано фактори ризику, включно з пізньою діагностикою й неприхильністю до лікування. Розглянуто сучасні стратегії ведення на основі індивідуалізованого підходу «treat-to-target», мультидисциплінарної співпраці та фокусування на якості життя пацієнтів. Наголошено на доцільності включення цих понять до клінічних алгоритмів в Україні.

**Висновки.** Впровадження критеріїв D2T- та C2M-PsA в національну практику сприятиме своєчасній ідентифікації пацієнтів із високим ризиком прогресування, персоналізації терапії, оптимізації маршрутизації та формуванню реєстрів. Це підвищить ефективність менеджменту псоріатичного артриту зі складним перебігом.

## 8. ОДНОМОМЕНТНЕ ЗАМІЩЕННЯ ДЕФЕКТІВ ХРЯЩА КОЛІННОГО СУГЛОБА

О.А. Бур'янов<sup>1</sup>, В.В. Лиходій<sup>1</sup>,  
М.О. Задніченко<sup>1</sup>, Т.Є. Пшеничний<sup>2</sup>,  
Є.О. Рибченко<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра травматології та ортопедії, м. Київ

<sup>2</sup>Інститут травматології та ортопедії НАМН України, м. Київ

Пошкодження суглобового хряща потенційно призводить до розвитку остеоартриту колінного суглоба. У пацієнтів з болем у колінному суглобі частота ушкоджень суглобового хряща становить до 70%, у 50% пацієнтів під час артроскопії виявляють 3–4-й ступінь пошкодження, а 4-й ступінь ушкодження (повношаровий дефект) має третина пацієнтів. Незважаючи на значну кількість різноманітних методів, проблема заміщення хондральних дефектів колінного суглоба залишається далекою від розв'язання.

**Мета:** клінічна оцінка одноетапного заміщення дефектів хряща колінного суглоба з використанням подрібненого хряща та фібринового клею.

**Матеріали та методи.** Проведено проспективне дослідження за участю 18 пацієнтів (n=18) з дефектами хряща Outerbridge 3, 4-го ступеня медіального виростка колінного суглоба впродовж 1 року.

Клінічна оцінка пацієнтів проводилася за шкалою KOOS перед операцією, через 6 та 12 міс після операції. До передопераційного дослідження включали магнітно-резонансну томографію (MPT) колінного суглоба, рентгенографію колінних суглобів та нижніх кінцівок для оцінки осі кінцівки та стадії остеоартриту за Kellgren and Lawrence.

Варусна деформація більше 3° з дефектом хряща на навантажувальній зоні, парціальна менісхектомія більше 50%, радіальні розриви меніска були критеріями виключення. Для заміщення використовувалася система, яка складалася з колектора хряща GraftNet та пристрою для утворення фібринового клею Thrombinator Arthrex.

Усі пацієнти отримували однакову реабілітацію: 4 тиж — іммобілізація, 6 тиж — хода за допомогою милиць без навантаження оперованої кінцівки, повне навантаження дозволяли через 4 міс після операції.

**Результати.** Серед пацієнтів (n=18) з дефектами хряща колінного суглоба було 10 жінок, 8 чоловіків. Середній вік становив 31,2±3,28 року. Індекс маси тіла (ІМТ) = 28,2±4,9.

При артроскопічній оцінці встановлено, що у 13 (72,2%) пацієнтів дефекти хряща були дегенеративні, у 5 (27,8%) — травматичні. Середній розмір дефекту визначався артроскопічно та на МРТ і становив 3,1±1,2 см<sup>2</sup>. У 5 пацієнтів проводилася парціальна менісхектомія (менше 50%) через неможливість виконання шва меніска.

До операції оцінка за шкалою KOOS становила 61,6±14,1 бала, через 6 міс після операції —

74,2±15,0 (p<0,001), через 1 рік після операції — 77,3±13,5 (p<0,001).

Прогресування остеоартриту на МРТ та рентгенографії не виявлено. У одного пацієнта відмічалася негативна динаміка на МРТ у післяопераційний період при задовільному клінічному результаті, що можна пояснити наявністю дефекту в ненавантажувальній зоні медіального виростка стегна.

**Висновки.** Подрібнений хрящ потенційно забезпечує утворення гіаліноподібного хряща в зоні заміщення дефекту. Одноетапне заміщення хондральних дефектів хряща подрібненим хрящем з фіксацією фібриновим клеєм є відносно простим, але дороговартісним методом, який забезпечує хороші клінічні результати в короткостроковому спостереженні. Однією з важливих переваг методу є можливість заміщення великих дефектів суглобового хряща.

## 9. ПРОФІЛАКТИКА ПРОГРЕСУВАННЯ ОСТЕОАРТРИТУ ШЛЯХОМ ЗАСТОСУВАННЯ МАЛОІНВАЗИВНИХ ХІРУРГІЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ЛІКУВАННЯ

О.А. Бур'янов, Ю.Л. Соболевський,  
К.В. Гончар

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

Прогресування остеоартриту колінного суглоба часто пов'язане з ушкодженням структур, які забезпечують стабільність і рівномірний розподіл навантаження. Розрив кореня медіального меніска — одне з таких ушкоджень, що значно прискорює дегенеративні зміни у суглобовому хрящі. Своєчасне малоінвазивне втручання, зокрема артроскопічне ушивання кореня меніска, дозволяє зберегти його функцію та запобігти швидкому розвитку остеоартриту.

**Мета:** оцінити ефективність малоінвазивних хірургічних втручань у профілактиці прогресування остеоартриту колінного суглоба при розривах кореня медіального меніска типу 2 та 4 за класифікацією LaPrade шляхом аналізу функціональних результатів після ушивання меніска порівняно з частковою менісхектомією.

**Матеріали та методи.** У дослідження включено 55 пацієнтів із розривами кореня медіального меніска. Усі пацієнти були прооперовані малоінвазивним артроскопічним методом. Основна група (18 пацієнтів) — артроскопічне ушивання кореня медіального меніска; група порівняння (37 пацієнтів) — парціальна артроскопічна резекція. Функціональний стан оцінювали за шкалою Лісхольма до операції, через 6 і 12 міс після втручання.

**Результати.** До операції середній бал за шкалою Лісхольма становив 62,5±4,6 в основній групі та 63,8±4,2 у групі порівняння (p<0,05). Через 6 міс — 88,5±6,1 у групі шва та 83,8±5,2 у групі резекції (p<0,05). Через рік — 89,3±4,1 проти 80,5±6,2 відповідно (p<0,05).

**Висновки.** Використання малоінвазивних хірургічних технологій, зокрема артроскопічного ушивання кореня медіального меніска, є ефективним

методом профілактики прогресування остеоартриту, що забезпечує покращення функціонального стану колінного суглоба порівняно з частковою менісектомією.

## 10. КОГНІТИВНА ДИСФУНКЦІЯ У ХВОРИХ НА АНКІЛОЗИВНИЙ СПОНДИЛІТ ІЗ КОМОРБІДНОЮ АЛЕКСИТИМІЄЮ

**В.В. Василець, М.А. Станіславчук**

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця*

У пацієнтів із запальними ревматичними захворюваннями, такими як анкілозивний спондиліт (АС), на тлі інтенсивного больового синдрому досить часто можуть виникати різноманітні психоемоційні розлади (тривога, депресія, когнітивні порушення, труднощі в ідентифікації емоцій).

Останнім часом вчені приділяють увагу поєднанню хронічних захворювань та психологічних розладів. Алекситимія (АЛ) є особливою формою серед психологічних розладів, багатовимірною конструкцією, яка може як викликати прояви, так і збільшувати вираженість симптоматики хронічного болю, що спричиняє дефіцит в системах обробки та регулювання емоцій. Підкреслюється, що алекситимія впливає на кілька аспектів того, як людина сприймає нейтральні, позитивні та негативні емоційні ситуації та реагує на них, зокрема на численні процеси (увагу, оцінку, пам'ять, мову та поведінку). Відсутність відповідності між цими процесами призводить до неефективної та негнучкої регуляції емоцій і створює ризики для фізичних і психічних захворювань.

**Мета:** оцінити поширеність порушення когнітивних функцій у хворих на АС за умов коморбідності з АЛ.

**Матеріали та методи.** У дослідження було включено хворих з підтвердженням діагнозом АС згідно з модифікованими Нью-Йоркськими критеріями (Linden S.V.D. et al., 1984). Для виявлення алекситимії користувалися Toronto Alexithymia Scale — TAS-20 (Taylor G.J. et al., 1992). Оцінку наявних порушень когнітивних функцій у всіх хворих здійснювали за опитувальником оцінки психічного статусу Mini Mental State Examination — MMSE (Folstein M.F. et al., 1975). Згідно з цим опитувальником, 28–30 балів — когнітивні порушення відсутні, 26–27 балів — легкі когнітивні порушення, 24–25 балів — помірні когнітивні порушення, 24 і менше — деменція.

**Результати.** Обстежено 78 хворих, з них чоловіків — 51 (66%), жінок — 27 (34%). Середній вік хворих ( $M \pm SD$ ) становив  $42,4 \pm 9,48$  року. За шкалою TAS-20, АЛ (TAS-20 >61) виявлена у 16 хворих на АС, що становило 21% від обстежених. Середнє значення за шкалою TAS-20 у цієї категорії хворих становило  $64,18 \pm 2,7$  на відміну від пацієнтів без ознак АЛ —  $41,77 \pm 6,3$  ( $p < 0,05$ ). Нами проаналізовано результати опитування за MMSE: у хворих на АС середній показник становив  $27,82 \pm 1,05$ ,

а у групі АС з АЛ —  $26,25 \pm 1,18$ . Слід зазначити, що у 30% пацієнтів з АС без АЛ відмічалися легкі когнітивні порушення, тоді як з наявною АЛ відмічалися як легкі когнітивні порушення (43,75%), так і помірні когнітивні порушення — у 6 з 16 хворих (37,5%).

**Висновки.** Отже, отримані дані вказують на високу частоту порушення когнітивних функцій як у хворих на АС, так і у пацієнтів з коморбідною АЛ, що в подальшому може мати негативні наслідки — поглиблення когнітивних розладів у майбутньому. Тому рання діагностика має важливе значення та дозволить профілакувати та коригувати такі розлади у хворих на АС.

## 11. ЗАСТОСУВАННЯ КУЛЬТИВОВАНИХ АУТОЛОГІЧНИХ МЕЗЕНХІМАЛЬНИХ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН КІСТКОВОГО МОЗКУ В ЛІКУВАННІ РАННІХ СТАДІЙ ПІСЛЯТРАВМАТИЧНОГО ОСТЕОАРТРИТУ

**О.А. Бур'янов<sup>1</sup>, Т.М. Омельченко<sup>1</sup>, Л.В. Хіміон<sup>3</sup>, М.О. Базаров<sup>1</sup>, О.А. Турчин<sup>2</sup>, Є.А. Левицький<sup>1</sup>, Ю.Л. Соболевський<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

<sup>2</sup>ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», м. Київ

<sup>3</sup>Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ

Післятравматичний остеоартрит (ПТОА) колінного суглоба є поширеним ускладненням внутрішньосуглобових ушкоджень. Перспективним напрямком лікування ПТОА є застосування аутологічних мезенхімальних стовбурових клітин (МСК), здатних до хондрогенної диференціації.

**Мета:** дослідити клінічну ефективність лікування з використанням аутологічних МСК у пацієнтів із ранніми проявами ПТОА колінного суглоба в межах 6-місячного спостереження.

**Матеріали та методи.** Дослідження включало 28 пацієнтів (11 чоловіків, 17 жінок) із ПТОА колінного суглоба в стадії загострення (біль за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ)  $6,7 \pm 0,43$  бала), середній вік —  $44,8 \pm 10,95$  року. Середній термін після травми —  $7,8 \pm 0,53$  року. В анамнезі у всіх пацієнтів зафіксована артроскопічна парціальна резекція ураженого меніска та діагностовано (у 12 пацієнтів) ушкодження суглобового хряща 1–2-го ступеня за Outerbridge. Усім пацієнтам після клінічного та рентгенологічного обстеження виконували забір клітин кісткового мозку з крила клубової кістки та в умовах біотехнологічної лабораторії проводили їх культивування. У подальшому виконували внутрішньосуглобове введення суспензії культивованих мультипотентних мезенхімальних стовбурових клітин (50 млн), поєднаних з 2% розчином гіалуронату (3,0 мл). Клінічну оцінку проводили до та через 6 міс після лікування за шкалами ВАШ, WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index), Lysholm, SF-36 (Short Form-36 Health Status Questionnaire).

**Результати.** Через 6 міс спостереження встановлено достовірне покращення за всіма показниками: вираженість болю за ВАШ зменшилася до  $2,2 \pm 0,3$  ( $p < 0,01$ ); функціональна оцінка за шкалою Lysholm зросла на 29,4% ( $p < 0,05$ ); індекс WOMAC знизився на 51,7% ( $p < 0,01$ ); показник якості життя за SF-36 підвищився на  $57,7 \pm 9,3\%$  ( $p < 0,01$ ). Жодного загострення ПТОА чи потреби в нестероїдних протизапальних препаратах (НПЗП) у досліджуваній період не зафіксовано.

**Висновки.** Використання культивованих аутологічних МСК кісткового мозку у поєднанні з гіалуронатним носієм є ефективною стратегією лікування при ранніх стадіях післятравматичного остеоартриту. Отримані результати свідчать про клінічну ефективність, а також про зниження потреби в застосуванні НПЗП протягом щонайменше 6 міс.

## 12. ДОВГОСТРОКОВІ СЕРЦЕВО-СУДИННІ УСКЛАДНЕННЯ ПІСЛЯ COVID-19: РОЛЬ БІОМАРКЕРІВ І ПРОГНОСТИЧНИХ МОДЕЛЕЙ

*А.В. Говорнян, Т.О. Ілащук*

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

COVID-19, спричинений вірусом SARS-CoV-2, спричинив значний вплив не лише на дихальну, а й на серцево-судинну систему. В усьє більшій кількості досліджень підтверджується, що навіть після одужання пацієнти стикаються з віддаленими серцево-судинними ускладненнями, серед яких — інфаркт міокарда, аритмії, серцева недостатність і тромбоемболічні події. Частота таких ускладнень у постковідний період може перевищувати 30%, що обґрунтовує необхідність тривалого нагляду за цією категорією хворих.

Ускладнення з боку серцево-судинної системи після перенесеного COVID-19 пов'язують із низкою патофізіологічних механізмів, серед яких особливу роль відіграють ендотеліальна дисфункція, системне запалення та порушення гемостазу. У цьому контексті зростає інтерес до використання сучасних біомаркерів, що відображають ці процеси, для прогнозування можливих ускладнень. Наукові дослідження зосереджуються на пошуку інструментів ранньої ідентифікації пацієнтів із підвищеним ризиком. Перспективним напрямом може також стати впровадження методів машинного навчання для побудови мультифакторних прогностичних моделей, здатних забезпечити персоналізований підхід до моніторингу та профілактики серцево-судинних подій у постковідний період.

**Мета:** оцінити поширеність віддалених кардіоваскулярних наслідків COVID-19, визначити клінічно значущі біомаркери та сформулювати основу для побудови інтелектуальних прогностичних моделей ризику.

**Матеріали та методи.** У проспективне когортне дослідження було включено 328 пацієнтів із середнім або тяжким перебігом COVID-19. Критеріями включення були підтверджена SARS-CoV-2-інфекція

(полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР)+), ознаки пневмонії та відсутність тяжкої коморбідної патології. Спостереження тривало 12 (в окремих випадках 18) місяців. За період спостереження проводили аналіз усіх медичних записів пацієнтів, клінічних та лабораторних показників. Фіксували кінцеві точки дослідження (серцево-судинна смерть, несприятливі кардіоваскулярні події, вперше виявлені артеріальна гіпертензія, аритмії, синдром серцевої недостатності). У дослідженні не брали участі пацієнти високого і дуже високого серцево-судинного ризику (на момент включення в дослідження). Використовували традиційні методи статистичного аналізу, t-тест,  $\chi^2$ -тест, логістичну регресію та ROC-аналіз. Усі дослідження виконувалися згідно з біоетичними вимогами до проведення клінічних досліджень.

**Результати.** Серцево-судинні ускладнення протягом 12 міс після COVID-19 виявлені у майже третині пацієнтів. Найпоширенішими були серйозна несприятлива серцево-судинна подія (Major Adverse Cardiac Event — MACE), гострий коронарний синдром, аритмії, уперше діагностована артеріальна гіпертензія, міокардит та серцева недостатність. У чоловіків відмічено вищу частоту ускладнень порівняно з жінками ( $p < 0,05$ ).

Серед біомаркерів значущими предикторами серцево-судинних ускладнень були нейтрофільно-лімфоцитарне співвідношення (neutrophil-to-lymphocyte ratio — NLR) понад 4,5; рівень D-димеру понад 2,5 мг/л; високочутливий C-реактивний білок (СРБ) понад 3,0 мг/л; а також молекула міжклітинної адгезії 1-го типу (intercellular adhesion molecule-1 — ICAM-1) понад 280 нг/мл (усі  $p < 0,01$ ). Підвищені рівні цих показників були достовірно пов'язані зі зростанням ризику розвитку MACE та інших ускладнень.

Багатофакторна модель, що включала вік, стать, NLR і D-димер, досягала AUC 0,82. Додавання hs-CRP та ICAM-1 підвищувало точність прогнозу до AUC 0,88. Отримані дані підтверджують доцільність використання цих маркерів для персоналізованої оцінки ризику та можливість розробки майбутніх інструментів прогнозування на основі штучного інтелекту.

**Висновки.** Пацієнти, які перенесли COVID-19, мають підвищений ризик розвитку віддалених серцево-судинних ускладнень, серед яких найчастішими є серйозні небажані серцево-судинні події, інфаркт міокарда та аритмії. Виявлено, що NLR, D-димер, високочутливий СРБ та ICAM-1 є клінічно значущими біомаркерами, які достовірно асоціюються з ризиком ускладнень. Результати дослідження підтверджують доцільність інтеграції лабораторних біомаркерів у рутинний постковідний моніторинг з метою ранньої діагностики та профілактики небажаних серцево-судинних подій. Перспективним напрямом є впровадження інтелектуальних алгоритмів машинного навчання, здатних автоматизувати оцінку ризику на основі комплексного аналізу клінічних, лабораторних та демографічних даних. Такий підхід відкриває нові можливості для персоналізованої медицини та підвищення ефективності медичної допомоги пацієнтам у постковідний період.

### 13. ОСОБЛИВОСТІ АНТИКОАГУЛЯНТНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ ІЗ СУПУТНЬОЮ ПЕРСИСТУЮЧОЮ ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ

**Б.М. Голдовський, І.А. Кулініч,  
Ю.О. Чемерис**

*Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, м. Запоріжжя*

Ревматоїдний артрит (РА) — тяжке прогресуюче системне захворювання сполучної тканини (СЗСТ). Через автоімунні запальні механізми поширеність міокардіофіброзу у хворих на РА значно вища, ніж у пацієнтів із фібриляцією передсердь (ФП) в цілому. Крім того, аутоімунне запалення пов'язує СЗСТ з вегетативною дисфункцією, включаючи надмірну активацію симпатичної нервової системи та пригнічення парасимпатичної активності. Прийом кортикостероїдів, метотрексату та інших цитостатиків також підвищує ризик порушень ритму. Найпоширенішими порушеннями ритму при більшості проявів РА вважаються передсердні аритмії (переважно ФП). Ризик масивних кровотеч при РА значно підвищується насамперед у зв'язку з прийомом НПЗП, глюкокортикоїдів і певною мірою — базисної терапії. Це, а також відсутність рекомендацій щодо антикоагулянтної терапії у хворих на ФП при РА викликає занепокоєння щодо підвищення ризику кровотеч і недооцінку безпеки кардіоемболічних ускладнень ФП.

**Мета:** оцінити охоплення хворих на РА з ФП антикоагулянтною терапією та ризик кровотеч при застосуванні антикоагулянтів.

**Матеріали та методи.** Обстежено 40 пацієнтів з персистуючою ФП незалежно від поточного стану контролю ритму на базі кардіоревматологічного відділення КНП «Міська лікарня № 10» Запорізької міської ради в 2020–2024 рр. З них — 20 пацієнтів з РА. Діагноз РА встановлювали відповідно до критеріїв Європейського альянсу ревматологічних асоціацій (European Alliance of Associations for Rheumatology — EULAR) / Американського коледжу ревматології (American College of Rheumatology — ACR) 2010 р. Включали пацієнтів з II–III стадією, з досягнутою ремісією. Діагноз ФП встановлювали і антикоагулянти призначали відповідно до рекомендацій Європейського товариства кардіологів (European Society of Cardiology — ESC) 2020 р. В якості антикоагулянта призначали ривароксабан, обраний з логістичних міркувань. Усім пацієнтам з РА призначали пантопразол 40 мг/добу на період прийому антикоагулянтів, пацієнти були проінструктовані уникати прийому НПЗП. Розраховували кількість балів за шкалою CHA2DS2VASc. Оцінювали модифіковані фактори ризику великих кровотеч, пацієнти з факторами ризику кровотечі отримували рекомендації щодо їх модифікації і виключалися з дослідження. Визначалася функція нирок шляхом розрахунку швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) за креатиніном. Пацієнти з ШКФ <30 мл/хв виключалися з дослідження. Супутня терапія оцінювалася на момент включення та

за рік спостереження методом інтерв'ю. Також через рік проводилася оцінка великих кровотеч та емболічних подій за останній рік методом інтерв'ю та шляхом моніторингу електронних медичних записів.

**Результати.** Серед пацієнтів з РА та персистуючою ФП перед включенням до дослідження 45% (9 пацієнтів) ситуативно приймали НПЗП, 35% (7) — глюкокортикоїди (метилпреднізолон в стабільній дозі протягом мінімум 3 міс,  $6,28 \pm 1,35$  мг). 5 пацієнтів з РА (25%) приймали антикоагулянти (2 — ривароксабан 15 мг, 2 — ривароксабан 20 мг, 1 — дабігатран 110 мг 2 рази на добу). 11 пацієнтів з ФП без РА вже отримували антикоагулянти, 2 пацієнти ситуативно приймали НПЗП. За рік у групі пацієнтів із персистуючою ФП без РА 2 пацієнти повідомили про значущі носові кровотечі, 1 пацієнтка — про кров'янисті виділення зі статевих органів, самостійно відмінила антикоагулянт. У 5 випадках повідомлено про схильність до шкірних гематом, суб'єктивно збільшену тривалість кровотечі при пораненнях. Жоден пацієнт не приймав НПЗП. У групі пацієнтів з ФП та РА 3 пацієнти повідомили про випадки прийому НПЗП протягом року, 1 пацієнт — про випадок госпіталізації з кровотечею з виразки шлунка, 1 — про гемороїдальну кровотечу. З 1 пацієнтом не вдалося зв'язатися. Про емболічні події пацієнти не повідомляли.

**Висновки.** Антикоагулянти застосовуються недостатньо широко як у пацієнтів із ФП без РА, так і при поєднанні РА та ФП. При відповідній корекції модифікованих факторів ризику кровотеч застосування антикоагулянтів у хворих на ФП з РА безпечне та ефективне.

### 14. ДВА ШЛЯХИ ОДНОГО ІМУНІТЕТУ: ПСОРИАТИЧНА АРТРОПАТІЯ І ПОЗАСУГЛОВОВІ ПРОЯВИ

**А.О. Данилик**

*КНП ЛОР «Львівська обласна клінічна лікарня»,  
м. Львів*

Псоріатична артропатія (ПсА) — хронічне системне імунізапальне захворювання, яке поєднує шкірні, суглобові та позасуглобові прояви, відображаючи єдину імуніопатогенетичну вісь Th17/інтерлейкін (IL)-23. Захворювання характеризується мультисистемністю та потребує мультидисциплінарного підходу до ведення пацієнтів.

**Мета:** продемонструвати клінічний випадок поєднання псоріатичної артропатії з позасуглобовим проявом — фронтальною фіброзуючою алопецією, що підкреслює роль спільних імунних механізмів у патогенезі захворювання.

**Матеріали та методи.** Описано клінічний випадок пацієнтки віком 31 рік з 5-річним анамнезом псоріазу та поступовим формуванням артропатії. Проведено клініко-лабораторне, інструментальне та морфологічне обстеження. Верифіковано діагноз: псоріатична артропатія на тлі розповсюдженого псоріазу з ураженням колінних суглобів, PASI 21,2, DAPSA28 42,21, фронтальна фіброзуюча алопеція. Призначено біологічну терапію адалімумабом

(40 мг підшкірно 1 раз на 2 тиж) у комплексі з базисним лікуванням.

**Результати.** Після 6 ін'єкцій адалімумабу відзначено регрес шкірних проявів, зменшення вираженості болю та скутості в суглобах, відсутність нових псоріатичних бляшок і часткове відновлення росту волосся. Лабораторні показники нормалізувалися. Отримані дані підтверджують ефективність інгібітора фактора некрозу пухлин (TNF)- $\alpha$  у контролі системного запалення.

**Висновки.** Псоріаз і псоріатичний артрит є клінічними проявами єдиного імунопатогенетичного процесу. Позасуглобові ураження, зокрема фіброзуюча алопеція, можуть бути результатом тієї ж імунної дисрегуляції. Біологічна терапія забезпечує системний контроль запалення, покращує перебіг хвороби та якість життя пацієнтів. Необхідний мультидисциплінарний підхід для своєчасного виявлення та лікування позасуглобових проявів.

## 15. ЕФЕКТИВНІСТЬ АДАЛІМУМАБУ У КОНТРОЛІ АКТИВНОСТІ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ

*Л.В. Журавльова<sup>1</sup>, В.О. Федоров<sup>1</sup>,  
Ю.К. Сікало<sup>1</sup>, Т.І. Ховрат<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Харківський національний медичний університет, м. Харків

<sup>2</sup>КНП ХОР «Обласна клінічна лікарня», м. Харків

Імунобіологічна терапія (ІБТ) є провідною стратегією лікування ревматичних захворювань завдяки таргетованому впливу на ключові патогенетичні механізми. Вона ефективно контролює симптоми та уповільнює структурне ураження суглобів, запобігаючи інвалідизації.

Серед засобів ІБТ адалімумаб (АДЛ), повністю людське моноклональне антитіло до фактора некрозу пухлин (TNF)- $\alpha$ , вирізняється високою ефективністю при ревматоїдному артриті (РА). Його дія спрямована на блокаду TNF- $\alpha$ , що пригнічує запальну реакцію та зменшує деструктивні зміни у суглобах. Доведена клінічна ефективність АДЛ зумовлює актуальність подальших досліджень щодо оптимізації лікування, виявлення предикторів відповіді та розширення показань до його застосування.

**Мета:** оптимізація терапії РА шляхом оцінки ефективності АДЛ у пацієнтів із недостатньою відповіддю на базисну терапію метотрексатом.

**Матеріали та методи.** У групі спостереження перебувало 26 пацієнтів ревматологічного відділення КНП ХОР «Обласна клінічна лікарня» з діагнозом РА, що характеризувався резистентністю до попередньої терапії метотрексатом, яким було ініційовано лікування АДЛ. Серед обстежених — 8 чоловіків та 18 жінок; середній вік становив  $48,6 \pm 10,3$  року (діапазон 34–58 років), середня тривалість захворювання  $4,3 \pm 2,5$  року (2–7 років). Серопозитивність виявлено у 73,1% пацієнтів. Високу активність РА за DAS28-СРБ встановлено у 69,2% обстежених.

Хворі отримували монотерапію АДЛ у дозі 40 мг підшкірно один раз на 2 тиж. Загальний період спостереження становив 6 міс. Лікування та клінічне ведення пацієнтів здійснювали відповідно до положень клінічного протоколу, затвердженого наказом МОЗ України від 11.04.2014 р. № 263 та міжнародних рекомендацій. Динаміку змін клініко-лабораторних показників оцінювали кожні 4 тиж. Ефективність терапії визначали за критеріями Європейського альянсу ревматологічних асоціацій (EULAR) з урахуванням змін активності захворювання згідно з індексом DAS28. Безпеку оцінювали за побічними явищами, що виникли під час лікування.

**Результати.** При оцінці терапевтичної відповіді встановлено клінічне покращення стану всіх пацієнтів. Значущий позитивний ефект виявлено у 15 пацієнтів (57,7%), задовільну відповідь — у 11 осіб (42,3%). Клініко-лабораторної ремісії за шкалою DAS28-СРБ досяг 1 пацієнт (3,8%), низьку активність захворювання зафіксовано у 38,5%, а середню — у 57,7% пацієнтів.

Більовий синдром за візуально-аналоговою шкалою достовірно зменшився з 7,2 бала на початку лікування до 2,1 бала на 3-й місяць терапії ( $p < 0,05$ ). Рівень СРБ знижувався вже до 4-го тижня лікування і надалі залишався в межах референсних значень протягом усього періоду спостереження.

Індекс активності DAS28 достовірно знизився з  $5,6 \pm 1,3$  до  $3,2 \pm 0,6$  бала на 6-й місяць терапії ( $p < 0,05$ ). Оцінка індексу функціонального стану HAQ виявила позитивну динаміку вже після 3 міс лікування ( $p = 0,06$ ), що свідчить про покращення функціональних можливостей і якості життя пацієнтів.

У дослідженні не зареєстровано жодних побічних ефектів, пов'язаних із застосуванням АДЛ.

**Висновки.** У всіх пацієнтів з РА, які отримували АДЛ, відзначено позитивну клініко-лабораторну динаміку: зменшення вираженості болю, покращення функціонального стану та зниження активності запального процесу. Отримані результати підтверджують високу ефективність та безпеку АДЛ у лікуванні РА. Незважаючи на умови воєнного стану, пацієнти продовжують отримувати сучасну патогенетичну терапію відповідно до міжнародних стандартів.

## 16. СТАН МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА ПСОРИАТИЧНИЙ АРТРИТ ЗАЛЕЖНО ВІД ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАННЯ

*М.І. Збаращенко-Гасан*

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

Псоріатичний артрит (ПсА) є хронічним запальним захворюванням, що асоціюється із псоріазом і характеризується ураженням суглобів, ентезитів та хребта. Одним із ускладнень ПсА є порушення мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ), що може призводити до остеопенії або остеопорозу. Вивчення зв'язку між активністю ПсА та МЩКТ, а також впли-

ву віку, статі та інших факторів є важливим для розробки стратегій профілактики та лікування остеопоротичних ускладнень у таких пацієнтів.

**Мета:** оцінити стан МЩКТ у хворих на ПсА залежно від активності захворювання, а також визначити вплив віку, статі та інших супутніх факторів на МЩКТ.

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний аналіз 95 випадків ПсА, діагностованого відповідно до критеріїв CASPAR. У дослідження включено дані пацієнтів віком 27–66 років. Вимірювання МЩКТ проводили за допомогою двоенергетичної рентгенівської абсорбціометрії (DEXA). Оцінювали T-score та Z-score у поперековому відділі хребта, шийці стегнової кістки та загальній частині стегна. Активність ПсА визначали за індексами DAPSA та BASDAI, а також за клінічними ознаками. Вплив віку, статі та інших факторів оцінювали за допомогою багатфакторного регресійного аналізу.

**Результати.** У дослідженні встановлено, що у 57% випадків зафіксовано зниження МЩКТ. Кореляційний аналіз показав помірну негативну кореляцію між активністю ПсА (за DAPSA) та T-score у поперековому відділі хребта та шийці стегнової кістки. Багатфакторний регресійний аналіз свідчить, що активність ПсА, сакроілеїт, спондиліт, жіноча стать та застосування глюкокортикоїдів були незалежними предикторами зниження МЩКТ, тоді як ураження дрібних і великих суглобів, а також дактиліти та ентезити чинили менший вплив.

**Висновки.** У хворих на ПсА відмічають значне зниження МЩКТ, причому остеопенія та остеопороз діагностуються у 57% випадків. Вища активність ПсА асоціюється з більш вираженим зниженням МЩКТ, що підтверджується помірною негативною кореляцією між DAPSA та T-score. Вік, жіноча стать, тривалість захворювання, дефіцит вітаміну D та застосування глюкокортикоїдів є значущими факторами, що впливають на зниження МЩКТ. Результати підкреслюють необхідність раннього скринінгу МЩКТ у хворих на ПсА, особливо при високій активності захворювання, у жінок та осіб старшого віку.

## 17. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ПЕРЕХРЕСТУ АМІОПАТИЧНОГО ДЕРМАТОМІОЗИТУ ТА СИСТЕМНОЇ СКЛЕРОДЕРМІЇ БЕЗ СКЛЕРОДЕРМИ

**С. О. Коваленко**

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

Аміопатичний дерматоміозит може бути складним діагнозом, оскільки у пацієнта відсутнє типове ураження м'язів. Ці пацієнти становлять меншість випадків дерматоміозиту, але мають супутні ураження органів, подібно до пацієнтів із «класичним» дерматоміозитом, включаючи інтерстиціальне захворювання легень та злоякісні пухлини.

Системна склеродермія без склеродерми (systemic sclerosis sine scleroderma), підтип склеродермії без склеродерми (тобто без типового ураження шкіри).

**Мета:** презентувати клінічний випадок діагностики перехресного синдрому з поєднанням аміопатичного дерматоміозиту та системної склеродермії без склеродерми.

**Результати.** Пацієнтка 1972 р.н.; з 2021 р. скарги на біль та набряк у суглобах кистей та стоп, тріщини шкіри 1-го та 2-го пальців кистей.

З 2022 р. на підставі скарг на артрит суглобів кистей (ревматоїдний фактор (РФ) 60; антитіла до циклічного цитрулінового пептиду (АЦЦП) негативні; СРБ та ШОЕ в межах норми) встановлено діагноз «ревматоїдний артрит».

Приймала метотрексат 10 мг/тиж — через 4 тиж розвинулися набряк обличчя, півк, уртикарний висип, слабкість, що було розцінено як набряк Квінке, після чого метотрексат замінено на лефлуномід. Вираженість суглобового синдрому зменшилася, тріщини пальців зберігалися. У 2024 р. у зв'язку з загостренням суглобового синдрому, появою еритематозного висипу над суглобами кистей та ділянках навколо нігтів було призначено дослідження ANA, які виявилися позитивними (1:1000). Антитіла до центромеру В — сильнопозитивні; антитіла PL-7 — сильнопозитивні; антитіла PM-Scl 100 — сильнопозитивні;

Інші лабораторні показники, включаючи маркери ураження м'язової тканини, були в межах норми. Ехокардіографія — ознаки легеневої гіпертензії.

Таким чином, на підставі виявлених антитіл та клінічної картини встановлено діагноз: М35.1 Перехресний синдром (аміопатичний дерматоміозит з можливим / загрозливим антисинтеазним синдромом — висип Готтрона, «рука механіка»; позитивні антитіла до PL-7; PM-Scl у поєднанні зі склеродермією без склеродерми — високопозитивні антитіла до центромер В; гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ), артрити в анамнезі, легенева гіпертензія).

**Висновки.** На прикладі цієї пацієнтки можна побачити, що для своєчасної діагностики ревматологічних захворювань та попередження найбільш несприятливих наслідків (прогресуюче інтерстиціальне ураження легень) потрібно враховувати не лише можливості нетипового та рідкісного фенотипу хвороби, але й можливість одночасного поєднання кількох подібних станів.

## 18. ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА СИСТЕМНУ СКЛЕРОДЕРМІЮ

**М. Б. Копитчак, М. А. Мазепа, О. В. Гузій**

*Львівський державний університет фізичної культури імені Івана Боберського, м. Львів*

Глобальна стратегія з реабілітації та фізичних вправ при системній склеродермії (ССД) визнає наукову основу та підтримує дослідження фізичних вправ як системного та цільового лікування ССД, що модифікує захворювання. Фізичні вправи через міогенні та судинні явища природним чином впливають на ключові патогенні чинники ССД, пригнічуючи запальні та фіброзні процеси в тканинах та одночасно збільшуючи кровообіг і відновлення судин, однак

кількість публікацій про реабілітаційні втручання, що ґрунтуються на доказах, недостатня.

**Мета:** проведення аналізу сучасного наукового інформаційного контенту на предмет виявлення проблемних питань фізичної терапії та ерготерапії хворих на ССД.

**Матеріали та методи.** Пошук і підбір публікацій проведено за допомогою баз даних PubMed та Google Scholar з дотриманням рекомендацій PRISMA з використанням наступних термінів: ССД, фізична терапія, ерготерапія. На другому етапі вивчалися резюме публікацій та виключалися статті, які не відповідали критеріям дослідження. На третьому етапі вивчалися повні тексти публікацій на відповідність критеріям дослідження.

**Результати.** Сучасна література з методів реабілітації складається з досліджень, що оцінюють ефективність лікування парафіном, вправ на розтяжку рук і обличчя, масажу сполучної тканини та маніпуляцій із суглобами, а також шин, аеробних вправ і силових тренувань.

Виявлена обмеженість доказів, що підтверджують ефективність та безпеку реабілітації ССД, оскільки в більшості досліджень з реабілітації ССД вивчали невелику кількість пацієнтів, несприятливі ефекти рідко оцінювалися, а контрольна група часто була недостатньою або відсутньою. Тому прямі докази ще не отримані, щоб продемонструвати, що реабілітація зупиняє або зменшує прогресування цього захворювання. Для підтвердження ефективності реабілітації необхідні добре організовані рандомізовані клінічні дослідження (РКД) з достатньою кількістю пацієнтів із ССД та відповідною контрольною групою. Проте великі РКД для реабілітації важко провести з наступних причин: брак інформації про реабілітацію для лікарів, труднощі, пов'язані з залученням пацієнтів із ССД, обмеженими установами, які надають програми професійної реабілітації, брак кваліфікованих фізичних терапевтів та ерготерапевтів для оцінки та лікування пацієнтів із ССД.

Більшість вчених, які проводили клінічні дослідження, стверджують, що реабілітація ССД безпечна і не викликає суттєвих негативних наслідків, коли проводиться (інструктується) досвідченими фізіотерапевтами та професійними терапевтами. Проте безпека повинна бути ретельно продумана, щоб уникнути травм та серйозних ушкоджень.

**Висновки.** Клінічна характеристика та перебіг ССД значною мірою неоднорідні. Реабілітація вважається частиною ведення пацієнтів із ССД, вона може впливати на різні аспекти захворювання (наприклад шкіра, опорно-руховий апарат та дихальна система).

Наступні пункти мають важливе значення:

1. Ретельний відбір пацієнтів для конкретних форм реабілітації, в яких слід враховувати потенційне співвідношення «користь/ризик».
2. Індивідуально розроблені й адаптовані реабілітаційні програми.
3. Ретельний моніторинг стаціонарних пацієнтів, які проходять реабілітацію, особливо з усклад-

ненням з боку внутрішніх органів, яке є небезпечним для життя.

4. Роль міждисциплінарної команди (у тому числі не тільки досвідчені фізичні терапевти та ерготерапевти, а й інші фахівці, як-от ревматологи, пульмонологи, кардіологи та дерматологи) при плануванні та нагляді за реабілітацією пацієнтів із ССД.

## 19. 5 ОБЛИЧ АНЦА-АСОЦІЙОВАНИХ СИСТЕМНИХ ВАСКУЛІТІВ: КЛІНІЧНА КЛАСТЕРНА МОДЕЛЬ, ЧИ НАСТАВ ЧАС ДЛЯ НОВОЇ КЛІНІЧНОЇ ЛОГІКИ?

*А.П. Кузьміна, О.М. Лазаренко*

*Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро*

Застосування кластерного аналізу АНЦА-васкулітів, ідентифікованих за 5 окремими кластерами, може покращити прогнозування результатів захворювання. Оцінка нових критеріїв класифікації васкулітів (ACR/EULAR 2022) показала, що завдяки їм ми можемо перекласифікувати пацієнтів, особливо на основі визначення підтипу антинейтрофільних цитоплазматичних антитіл (АНЦА).

**Мета:** провести перекласифікацію пацієнтів, особливо на основі визначення підтипу АНЦА, з розгляду архівних матеріалів, а також пацієнтів, які наразі спостерігаються в клінічній установі. Визначити ризики рецидиву та провідну причину смерті.

**Матеріали та методи.** Розглянуто архівні матеріали з початку 2000 до 2024 р. пацієнтів з АНЦА-асоційованим васкулітом (30 осіб) віком 38–57 років, із затримкою в діагностиці >3 міс, початковим рівнем креатиніну >500 мкмоль/л, пізніми рецидивами (через >3 роки після ремісії). Проведена перекласифікація пацієнтів згідно з оновленими критеріями класифікації васкулітів, особливо на основі підтипу АНЦА (ACR/EULAR 2022). Інструмент оцінки результатів у пацієнтів з АНЦА-асоційованим васкулітом показав його корисність у клінічній практиці для оцінки якості життя.

**Результати.** Носії протеїнази-3 (PR3-АНЦА+) з легеневидами та ЛОР-ураженнями домінували у пацієнтів із гранулематозним поліангітотом (ГПА), відзначалися частими рецидивами верхніх дихальних шляхів, легень, нерідко нирок, часто асоціювалися з HLA-DP1. Носії мієлопероксидази (MPO-ANCA+) з ренальним фенотипом відповідали мікроскопічному поліангітоту (МПА) з мінімальними позанирковими проявами. Для цього фенотипу характерними були прогресуюча гломерулонефритична форма, а також нижча частота рецидивів, але вищий ризик хронічної ниркової недостатності. АНЦА-негативний фенотип відмічався у пацієнтів із легеневидами кавітаціями та шкірними ураженнями і частіше відповідав ГПА. Тяжкий перебіг, ураження шкіри, некротизуючі ураження легень були притаманні ГПА (75%). Останній мав низький рівень циркулюючих АНЦА, не виявлених стандартними методами. Еозино-

фільний кластер ГПА характеризувався високим рівнем еозинофілії у поєднанні з астмою, ураженням нервової системи. Майже половина з пацієнтів були носіями МРО-АНСА+. Найчастішими ознаками були периферична нейропатія, синусити (25%), легеневі інфільтрати (25%). Обмежена форма еозинофільного ГПА (ЕГПА) у жінок середнього віку мала мінімальні системні прояви, часто повільний перебіг, з переважним ураженням верхніх дихальних шляхів (синусити, перфорація носової перетинки) та високою частотою місцевих рецидивів. При цьому АНЦА були слабкопозитивними або у більшості навіть негативними. Загальні фактори, що погіршують прогноз: затримка в діагностиці >3 міс, старший вік, початковий рівень креатиніну >500 мкмоль/л, ураження серця (особливо при ЕГПА), пізні рецидиви (через >3 роки після ремісії). Вибір терапії при АНЦА-асоційованих васкулітах сьогодні дедалі частіше враховує кластерні характеристики, а не лише діагноз (ГПА, МПА, ЕГПА).

**Висновки.** Ризик рецидиву найвищий при PR3+ гранулематозі з поліангіїтом (часті загострення, особливо після зниження імуносупресії). Найнижчий — при ЕГПА (особливо АНЦА-негативного) та МРО+ при мікроскопічному поліангіїті. Прогноз ниркової функції найгірший у носіїв МРО+ з тяжким гломерулонефритом. Кращий прогноз у носіїв PR3+ при гранулематозному поліангіїті, особливо при ранньому лікуванні ритуксимабом. Смертність найвища при тяжкому нефриті або легеневій кровотечі у пацієнтів літнього віку з МРО+. Серцеве ураження (ЕГПА) — провідна причина смерті при АНЦА-асоційованих системних васкулітах.

## 20. ХВОРОБА ТАКАЯСУ: ОНОВЛЕНА ТАКСОНОМІЯ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ КЛАСТЕРНОГО АНАЛІЗУ

*А.П. Кузьміна, О.М. Лазаренко*

*Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро*

Кластеризація пацієнтів із хворобою Такаясу — це сучасний підхід у клінічній практиці, який дозволяє типізувати перебіг, прогноз і лікувальні стратегії. У провідних клінічних центрах (Японія, США, Європа) останніми роками використовують фенотипову кластеризацію, яка базується на типі артеріального ураження, клінічних особливостях і відповіді на терапію.

**Мета:** провести кластеризацію пацієнтів за клінічними фенотипами та визначитися з ризиками рецидивів.

**Матеріали та методи.** За період з 2015 до 2025 р. спостерігали 14 пацієнтів із хворобою Такаясу. На період обстеження вік пацієнтів становив 28–44 роки. Тривалість періоду від перших ознак до встановлення діагнозу становила 0,4–20 міс. Нами встановлено клініко-анатомічний, лабораторний і терапевтичний профіль пацієнтів. Визначено наступні кластери: церебро-

васкулярний, реноваскулярний, аортальний / кардіальний, системно-запальний, безсимптомний / повільний перебіг. Сприяли визначенню кластерів додаткові лабораторні маркери запального процесу: ШОЕ, СРБ, феритин, інтерлейкін-6, тромбоцити, сироватковий амілоїд А (SAA), мозковий натрійуретичний пептид (NT-proBNP/BNP) (у кардіальному підтипі), нормохромна анемія. При моніторингу під час лікування біологічними препаратами застосовували інтерлейкін-6, SAA та СРБ. Моніторинг на основі позитронно-емісійної — комп'ютерної томографії (ПЕТ-КТ), магнітно-резонансної томографії (МРТ)-ангіографії або ультразвукового дослідження (УЗД) судин був головним.

**Результати.** Серед 14 пацієнтів, які спостерігалися, визначено наступні фенотипи. Цереброваскулярний (6) — основним ураженням якого були сонні артерії, дуга аорти, клінічними рисами — запаморочення, синкопе, зниження зору, що потребувало реконструкції судин. Реноваскулярний (4) — основним ураженням були ниркові артерії, перебіг супроводжувався артеріальною гіпертензією, нефропатією, у зв'язку з чим проведена ангіопластика з імуносупресією. Аортальний / кардіальний (2) — основним ураженням були висхідна аорта, клапан аорти та розвиток аортальної недостатності, серцевої недостатності з наступною дилатацією і небажаними наслідками. Системно-запальний (2) — перебіг без критичних стенозів, з лихоманкою, артралгією, високим рівнем СРБ, позитивною відповіддю на глюкокортикоїди. Не враховували і розглядали окремо 3 пацієнтів із безсимптомним / повільним перебігом хвороби Такаясу з випадковим виявленням стенозів, малосимптомністю та нестійким прогнозом, непомітним прогресуванням, яким діагноз встановлено з великим терміном затримки. Ураження серця у пацієнтів відмічали часто при ретельному кардіологічному обстеженні (МРТ, ЕхоКГ, ПЕТ-КТ) — до 60%. Міокардит / субклінічний кардит виявляли при ПЕТ-КТ або кардіо-МРТ (пізній гіперінтенсивний сигнал), пов'язаний з високим рівнем інтерлейкіну-6 та системною активністю. У двох пацієнтів відзначалися зниження фракції викиду лівого шлуночка, аритмії. При хворобі Такаясу лабораторне монітування є складним, бо маркери запалення часто не корелюють із васкулітним процесом, особливо у хронічній фазі. Проте ключові показники, які нами застосовані, широко використовуються в багатьох країнах світу.

**Висновки.** У пацієнтів, яких спостерігали, в окремих випадках відзначено накладання кластерів, що позначалося на прогнозі та ускладнювало процес лікування. Серцевий та реноваскулярний варіанти асоціювалися з небажаними явищами та загрозами. Системно-запальний варіант переважав на ранніх етапах, мав позитивну відповідь на глюкокортикоїди і поступово переходив у хронічну форму.

## 21. ОЦІНКА СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ ТА АТЕРОСКЛЕРОТИЧНИХ УРАЖЕНЬ СУДИН У ЖІНОК З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ

**В.Г. Левченко**

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

**Мета:** діагностика серцево-судинного ризику (ССР) у жінок з ревматоїдним артритом (РА).

**Матеріали та методи.** Обстежено 155 пацієнтів жіночої статі віком 40–70 років. З метою вивчення особливостей розвитку факторів ССР, змін магістральних судин, показників ліпідного профілю залежно від віку обстежених пацієнтів з РА розподілили на вікові групи за критеріями ВООЗ: 40–45 років — 52,4%, 45–60 років — 35,2%, старше 60 років — 12,4%. З метою визначення впливу маркерів запального процесу та зв'язку з розвитком ССР пацієнтів розподілили на групи залежно від тривалості захворювання: до 5 років — 39,1%, 5–10 років — 37,1%, більше 10 років — 23,8%. У дослідженні використовували наступні методики: опитування, загально-клінічне обстеження, антропометричне обстеження, об'єктивне обстеження, анкетування та обчислення за шкалами-калькуляторами, визначення показників запального процесу, показників ліпідного профілю. З інструментальних методів дослідження використовували УЗД судин з визначенням товщини комплексу інтима-медіа, наявності атеросклеротичних бляшок, морфологічних властивостей судин.

**Результати.** У 81,9% пацієнтів виявлено позитивний ревматоїдний фактор (РФ), у 55,2% — позитивний результат антитіл до циклічного цитрулінового пептиду (АЦЦП). Частота гіперхолестеринемії становила 43,8% з переважанням у пацієнтів із тривалістю хвороби більше 5 років ( $p=0,05$ ). Рівні ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ) менше 1,0 ммоль/л відмічено у кожній п'ятій з обстежених. За даними розрахунку ССР за шкалою SCORE, 48,6% мали низький рівень, 41,9% — помірний, 9,5% — високий та дуже високий рівень. Застосування шкали mSCORE дозволило рекласифікувати 3,8% осіб до категорії дуже високого ССР, тоді як виявлення атеросклеротичних бляшок за допомогою УЗД — 20%. Серед традиційних факторів ССР у пацієнтів категорії високого / дуже високого ризику порівняно з низьким / помірним ризиком вірогідно вищими були показники рівня загального холестерину (ХС), тригліцеридів, ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), серед нетрадиційних факторів ССР — рівень СРБ, ступінь активності за показником DAS28, кількість припухлих та болючих суглобів. УЗД екстракраніальних судин показало, що товщина комплексу інтима-медіа більше 0,9 мм виявлена у 36,2% пацієнтів. У 59,0% пацієнтів відмічено кальциноз внутрішньої грудної артерії (ВГА). Виявлено кореляційні зв'язки

між наявністю кальцинозу ВГА із морфологічними змінами в сонних артеріях, наявністю атеросклеротичних бляшок, товщиною комплексу інтима-медіа більше 0,9 мм.

**Висновки.** У жінок з РА найбільше пов'язані між собою наступні групи чинників розвитку високого / дуже високого ССР: рівень ЛПНЩ ( $p=0,05$ ), СРБ ( $p=0,05$ ), кількість припухлих суглобів ( $p=0,001$ ), показник DAS28 ( $p=0,01$ ), товщина комплексу інтима-медіа більше 0,9 мм ( $p=0,01$ ), дифузний фіброз ВГА ( $P=0,04$ ).

## 22. РІВНІ ВІТАМІНУ D ТА РЕЦЕПТОРІВ ВІТАМІНУ D (VDR) У ХВОРИХ НА СИСТЕМНИЙ ЧЕРВОНИЙ ВОВЧАК

**Т.С. Мальована, С.В. Шевчук**

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, кафедра внутрішньої медицини № 2, м. Вінниця*

Активна форма вітаміну D реалізує свою дію в організмі шляхом зв'язування з ядерним рецептором вітаміну D (VDR). Дослідження продемонстрували, що клітини імунної системи експресують VDR та CYP27B1 (1 $\alpha$ -гідроксилазу), що вказує на здатність цих клітин синтезувати 1,25(OH)2D3 та реагувати на нього. Очевидно, вітамін D може регулювати імунні реакції, і його роль є переважно протизапальною. З огляду на це, дефіцит вітаміну D, низький рівень VDR або їх функціональна неповноцінність, зумовлена поліморфізмом відповідного гена, можуть бути факторами ризику розвитку та загострення перебігу системного червоного вовчачка (СЧВ).

**Мета:** визначити рівні вітаміну D та VDR у хворих на СЧВ та проаналізувати зв'язок між цими показниками.

**Матеріали та методи.** Обстежено 99 хворих на СЧВ (середній вік  $48,92 \pm 1,14$  року) та 30 осіб контрольної групи, репрезентативних за віком і статтю. Діагноз СЧВ встановлювали на основі критеріїв EULAR/ACR (2019). Середня тривалість захворювання —  $12,2 \pm 0,87$  року. Рівень вітаміну D у сироватці крові учасників дослідження визначали за допомогою набору «25-OH Vitamin D Total (Vit-D Direct) Test System» (Monobind Inc., США) та оцінювали як оптимальний (30–50 нг/мл), недостатній (20–30 нг/мл) та дефіцитний (<20 нг/мл). Для визначення рівня VDR проводили імуноферментний аналіз із використанням набору «Human VDR (Vitamin D3 receptor) ELISA Kit» (FineTest, Китайська Народна Республіка).

**Результати.** Середній рівень вітаміну D у сироватці крові хворих на СЧВ становив  $18,26 \pm 0,78$  нг/мл, а в контрольній групі —  $27,44 \pm 1,28$  нг/мл ( $p < 0,01$ ). Серед учасників дослідження основної групи у 69 (69,7%) пацієнтів виявлено дефіцит вітаміну D, недостатній рівень — у 20 (20,2%) хворих, оптимальний — у 10 (10,1%) осіб. У контрольній групі оптимальне забезпечення вітаміном D виявили в 11 (36,67%) осіб, у 11 (36,67%) — недостатність вітаміну D і у 8 (26,66%) — дефіцит. У жінок

із СЧВ середня сироваткова концентрація вітаміну D була на 24,98% нижчою, ніж у чоловіків ( $p=0,007$ ).

Для оцінки рівнів VDR у сироватці крові учасників дослідження проведено перцентильний аналіз та обрано значення, які відповідали P5, P5–P95 та P95 показників групи контролю. Оптимальним вважали рівень VDR у діапазоні 18,28–30,73 нг/мл (P5–P95), низьким — нижче 18,28 нг/мл (<P5), високим — вище 30,73 нг/мл (>P95). Середній рівень VDR у хворих на СЧВ становив  $12,78 \pm 0,61$  нг/мл, а в контрольній групі цей показник був в 1,81 раза вищим і дорівнював  $23,12 \pm 0,61$  нг/мл ( $p < 0,01$ ). Серед практично здорових осіб відносно нормальний рівень реєстрували у 28 (93,3%), а низький рівень виявлено у 1 (3,3%) учасника дослідження. Натомість у групі хворих на СЧВ тільки в 21 (21,2%) особи показник VDR у сироватці крові характеризувався як відносно нормальний, а 77 (77,8%) пацієнтів із СЧВ мали низький рівень VDR. Лише у 1 (1,0%) хворого на СЧВ та 1 (3,3%) особи контрольної групи виявлено високе значення показника VDR. Аналіз гендерних відмінностей рівня VDR у хворих на СЧВ засвідчив, що середнє значення VDR у жінок було на 6,85% меншим, ніж у чоловіків ( $p > 0,05$ ), однак частки осіб у кожній групі за рівнем VDR були зіставними.

Рівень VDR тісно асоціювався із вмістом вітаміну D в сироватці крові хворих на СЧВ. Середнє значення вітаміну D у пацієнтів із низьким рівнем VDR було на 33,55% нижче, ніж у групі з відносно нормальним рівнем ( $p=0,0001$ ). Кореляційний аналіз підтвердив наявність достовірного помірного позитивного зв'язку між досліджуваними показниками ( $r=0,47$ ).

**Висновки.** Наше дослідження продемонструвало значну поширеність дефіциту та недостатності вітаміну D, а також низької сироваткової концентрації VDR у хворих на СЧВ. Середні рівні вітаміну D були вірогідно нижчими у жінок із СЧВ порівняно з чоловіками, тоді як показники VDR не мали достовірних гендерних розбіжностей. Встановлено помірний позитивний кореляційний зв'язок між рівнями вітаміну D та VDR.

### 23. ОСТЕОПРОТЕКТОРНІ ВЛАСТИВОСТІ ТРАНС-РЕСВЕРАТРОЛУ У ЖІНОК З ОСТЕОПЕНІЄЮ У ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНИЙ ПЕРІОД

**В.М. Мигаль, Н.І. Чекаліна**

*Полтавський державний медичний  
університет, м. Полтава*

Зниження мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) та погіршення мікроархітекtonіки кісток внаслідок остеопорозу залишається поширеним явищем у жінок у постменопаузальний період. Гіпоестрогенія спричиняє індукцію експресії RANKL (Receptor activator of nuclear factor kappa-B (NF- $\kappa$ B) ligand), що активує сигналізацію NF- $\kappa$ B через рецептор RANK, пригнічує утворення остеопротегерину (OPG) і, як наслідок, стимулює остеокластогенез. В Україні близько 7 млн жінок у по-

стменопаузальний період мають ризик розвитку остеопенії з наступним формуванням остеопорозу, що робить їх більш вразливими щодо низькотравматичних переломів. Ресвератрол — стильбен рослинного походження з естрогенмодулювальними, протизапальними та антиоксидантними властивостями. Його ізомер транс-ресвератрол є більш стабільним та біодоступним і може претендувати на роль ефективного остеопротекторного засобу у жінок в період постменопаузи.

**Мета:** дослідити вплив транс-ресвератролу на маркери резорбції кісткової тканини у жінок в період постменопаузи.

**Матеріали та методи.** У дослідження включено 60 жінок віком  $52,3 \pm 2,4$  року у період постменопаузи (тривалістю  $2,15 \pm 1,24$  року) з остеопенією I–III ступеня. Жінки шляхом рандомізації розподілені на дві групи: I — дослідна ( $n=30$ ) та II — порівняння ( $n=30$ ). Усі жінки отримували комбінацію кальцію карбонату 500 мг та холекальциферолу 400 МО по 1 таблетці 2 рази на добу згідно з Уніфікованим клінічним протоколом «Остеопороз» (2020 р.). Пацієнтки дослідної групи додатково отримували транс-ресвератрол у дозі 500 мг 1 раз на добу протягом 3 міс. На початку та наприкінці 3-місячного строку лікування визначали рівень цитокінів RANKL та OPG методом імуноферментного аналізу. Динаміку МЩКТ оцінювали за допомогою ультразвукової денситометрії. Статистична обробка проводилася з використанням програми Kurplot 6.0.

**Результати.** Перед початком терапії між групами дослідження не виявлено достовірних відмінностей стану МЩКТ за критерієм T-score ( $p > 0,05$ ). Також у групах не відмічено достовірних відмінностей між рівнями RANKL та OPG. Наприкінці 3-місячного курсу терапії рівень RANKL, який є ключовим регулятором остеокластогенезу, у групі I, що додатково приймала транс-ресвератрол, знизився ( $141,7 (79,3–158,2)$  пг/мл проти  $172,6 (134,2–201,7)$  пг/мл,  $p < 0,001$ ). Натомість у групі II на тлі лише базисної терапії препаратами кальцію та вітаміну D рівень RANKL підвищився ( $192,2 (143,5–237,9)$  проти  $141,2 (129,1–186,4)$  нг/мл,  $p < 0,001$ ). Відповідні зміни зафіксовано щодо рівня OPG, синтез якого компенсаторно підвищується для гальмування надмірної активності остеокластів. У групі I під впливом транс-ресвератролу та у групі порівняння відзначено зростання показника: в групі I рівень OPG становив  $327,8 (330,6–439,3)$  проти  $268,2 (209,2–346,7)$  пг/мл ( $p < 0,001$ ), а в групі II —  $525,3 (435,7–655,5)$  проти  $243,2 (198,6–343,1)$  пг/мл ( $p < 0,001$ ), з переважанням у групі порівняння ( $p < 0,001$ ). Такі зміни у пацієнтів, які приймали транс-ресвератрол, можуть бути зумовлені активацією естрогенових рецепторів та підвищенням продукції OPG остеобластами. У групі порівняння зростання рівня OPG могло відбуватися за рахунок компенсаторної відповіді на індукцію резорбції кісткової тканини та прогресування остеопенії. Зростання показника МЩКТ — T-score зафіксовано як у групі I ( $0,4 (1,2–(-0,1))$ ) проти  $-1,95 (-2,2–$

(-1,6)),  $p < 0,001$ ), так і групі II (0,1 (-0,4-0,3) проти -1,75 (-2,1-(-1,7))),  $p < 0,001$ ).

**Висновки.** Отримані результати демонструють остеопротекторні властивості транс-ресвератролу у жінок в період постменопаузи завдяки впливу на молекулярні маркери резорбції кісткової тканини, що відкриває перспективи для його клінічного застосування з метою профілактики та лікування остеопенії.

## 24. ХОНДРОРЕГЕНЕРАТИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЛІКУВАННІ ОСТЕОХОНДРАЛЬНИХ ПОШКОДЖЕНЬ ТА ДЕФЕКТІВ ТАРАННОЇ КІСТКИ

**Т.М. Омельченко, Є.А. Левицький, М.О. Базаров**

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

**Мета:** провести порівняльний аналіз результатів артроскопічного дебридменту з тунелізацією та остеохондральної аутологічної трансплантації (мозаїчної остеохондропластики) при лікуванні остеохондральних пошкоджень та дефектів таранної кістки на основі оцінки функції гомілковостопного суглоба, рівня болю та змін діапазону рухів в ураженому суглобі.

**Матеріали та методи.** У дослідження було включено 60 пацієнтів з остеохондральними пошкодженнями таранної кістки, із середньою площею 3,2 см<sup>2</sup> та глибиною 1,15 см, розташованих у задній та середньомедіальній частині блоку таранної кістки. У 1-й групі виконували дебридмент та тунелізацію. У 2-й групі — остеохондральну аутологічну трансплантацію. Результати оцінювали до операції, через 12 та 24 міс. Вивчали рівень болю за ВАШ, функцію за шкалою AOFAS, амплітуду рухів в оперованому суглобі.

**Результати.** Після лікування відзначали значне зменшення вираженості болю з найкращим результатом у 2-й групі ( $p < 0,01$ ). AOFAS показав, що через 12 та 24 міс функціональний стан суглоба у 2-й групі був достовірно кращим, ніж у 1-й групі ( $p < 0,01$ ). Через 12 міс амплітуда рухів значно збільшилася в обох групах, досягши 70–75% від норми. Через 24 міс подальшого збільшення амплітуди рухів у 1-й групі не виявлено, а у 2-й групі зростання було статистично значущим ( $p < 0,01$ ), що підтвердило перспективність та стабільність результату при виконанні аутологічної мозаїчної остеохондропластики.

**Висновки.** У віддаленій перспективі застосування аутологічної мозаїчної остеохондропластики забезпечує кращий функціональний та органозберігаючий результат, ніж дебридмент та тунелізація при остеохондральних пошкодженнях та дефектах таранної кістки, забезпечує оптимальне відновлення хряща суглобової поверхні, значно зменшує вираженість болю та покращує функцію гомілковостопного суглоба.

## 25. РІВНІ ОСТЕОКАЛЬЦИНУ ТА N-КІНЦЕВОГО ТЕЛОПЕПТИДУ КОЛАГЕНУ І ТИПУ У ЧОЛОВІКІВ, ХВОРИХ НА АНКІЛОЗИВНИЙ СПОНДИЛІТ, ЗВ'ЯЗОК З АКТИВНІСТЮ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИМ СТАНОМ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ

**О.М. Павлюк<sup>1</sup>, О.В. Шевчук<sup>1</sup>, Ю.С. Сегеда<sup>2</sup>, О.Ю. Галютіна<sup>2</sup>, І.П. Кувікова<sup>2</sup>, О.В. Гуменюк<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця*

*<sup>2</sup>Університетська клініка Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця*

Останніми роками стає все більш очевидним те, що зниження мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) та розвиток остеопорозу є одними з основних ускладнень анкілозуючого спондиліту (АС). Поряд з тим ключовою ознакою АС є патологічне кісткоутворення, що веде до анкілозу хребта та крижово-клубових суглобів. На сьогодні залишається недостатньо вивченим питання, що призводить до втрати кісткової маси та формування кісткової тканини, і чи пов'язані ці процеси із запаленням. Визначення рівнів маркерів кісткового метаболізму (остеокальцин, N-кінцевий телопептид колагену I типу (NTx)) є однією з найцінніших оцінок активності остеокластів та остеобластів. Відомо, що детальний аналіз цих показників можна використовувати для моніторингу змін МЩКТ та прогресування втрати кісткової маси. Проте дані про особливості метаболізму кісткової тканини та фактори, що провокують порушення кісткового ремоделювання у хворих на АС, досить обмежені.

**Мета:** оцінити рівні остеокальцину та NTx у чоловіків, хворих на АС, та визначити їх зв'язок з активністю захворювання та структурно-функціональним станом кісткової тканини.

**Матеріали та методи.** Проведено дослідження за участю 83 чоловіків, хворих на АС, та 29 практично здорових осіб, які увійшли в контрольну групу. Активність захворювання та ступінь функціональних обмежень визначали за індексом BASDAI, ASDAS-CRB та функціональним індексом BASFI. Лабораторне дослідження включало визначення рівня СРБ та маркерів синтезу та резорбції кісткової тканини. МЩКТ вимірювали за допомогою двоенергетичної рентгенівської абсорбціометрії на апараті «Hologic Discovery Wi» (S/N 87227).

**Результати.** Середні рівні остеокальцину суттєво не відрізнялися між пацієнтами з АС ( $12,9 \pm 0,9$  нг/мл) і контрольною групою ( $11,3 \pm 0,6$  нг/мл) та не виявили жодної суттєвої кореляції з індексами ASDAS, BASDAI, BASFI та СРБ. Натомість значення NTx були значно вищими у пацієнтів з АС, ніж у контрольній групі ( $105,8 \pm 3,4$  проти  $92,6 \pm 5,1$  нг/мл) і були тісно пов'язані з активністю запального процесу і низькою функціональною

спроможністю. Порушення структурно-функціонального стану кістки зумовлено посиленою резорбцією кісткової тканини. Так, частка пацієнтів із низькою МШКТ та переломами (68,2 та 27,3%) у групі пацієнтів із високим вмістом NTx була у 4–12 разів більшою, ніж при оптимальних рівнях цього маркера (17,7 та 2,2%). З іншого боку, остеопроліферативні зміни не були пов'язані з рівнем NTx, а залежали від вмісту остеокальцину в сироватці крові. Зокрема, у групі пацієнтів із синдесмофітами сироваткові значення остеокальцину були ймовірно вищими (на 12,4%), ніж у групі без синдесмофітів.

**Висновки.** Підвищені рівні NTx пов'язані з високою запальною активністю та низькою МШКТ. З іншого боку, концентрація остеокальцину не пов'язана з перебігом захворювання, але підвищується в осіб із наявністю синдесмофітів.

## 26. СТАН СКЕЛЕТНИХ М'ЯЗИВ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ, ЗВ'ЯЗОК З ВІКОМ ХВОРИХ ТА РІВНЕМ С-РЕАКТИВНОГО БІЛКА

*А.О. Побережець, С.В. Шевчук*

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, кафедра внутрішньої медицини № 2, м. Вінниця*

Втрата скелетних м'язів може відбуватися фізіологічно у людей похилого віку та призводити до розвитку так званої первинної саркопенії. У багатьох випадках може виникати вторинна саркопенія, яка не лише пов'язана з віком, але й є мультифакторіальною проблемою та часто відмічається як супутній стан у хворих на ревматоїдний артрит (РА). Через особливості патогенезу, а саме хронічне системне запалення (тривале підвищення реактантів гострої фази: швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ) та С-реактивного білка (СРБ), цитокінів), обмеження фізичного навантаження через больовий синдром та деформацію суглобів, частий прийом глюкокортикоїдів) у хворих на РА існує підвищений ризик ураження скелетних м'язів.

**Мета:** вивчити показники стану скелетних м'язів у хворих на РА різних вікових груп та оцінити їх зв'язок із рівнем СРБ в плазмі крові.

**Матеріали та методи.** У дослідження включено 110 хворих на РА (88 жінок (80%) та 22 чоловіки (20%), середній вік 56,1±12,2 року (M±SD)) та 30 осіб контрольної групи, репрезентативних за віком та статтю. Діагноз РА було встановлено згідно з критеріями ACR/EULAR 2010. За критеріями Європейської робочої групи з питань саркопенії у осіб похилого віку (EWGSOP2) 2019 р. оцінювали такі показники стану скелетних м'язів: скринінг саркопенії за опитувальником SARC-F, сила стискання кисті, тест «встати зі стільця», апендикулярна знежирена маса (АЗМ), індекс АЗМ, швидкість ходи. Рівень СРБ в плазмі крові визначали імуноферментним методом за набором «Ультраточлива тест-система ІФА на С-реактивний білок» (Monocent, Inc. США, № EL1-1049). Статистична обробка даних проводи-

лася за допомогою програм MS Excel та IBM SPSS Statistics 27.0.

**Результати.** Встановлено, що стан скелетних м'язів погіршувався зі збільшенням віку хворих. Так, у хворих на РА віком 18–44 роки (I група, n=19) порівняно з хворими на РА віком 45–59 років (II група, n=47) та віком >60 років (III група, n=44) показники SARC-F становили 1,8±1,5; 1,7±1,7 та 2,4±1,6 бала відповідно (p=0,07), сила стискання кисті: 15,6±8,4; 15,1±10,2 та 11,8±7,4 кг відповідно (p=0,21), тест «встати зі стільця»: 12,1±2,3, 14,5±3,3 та 17,7±5,3 с відповідно (p<0,05), АЗМ: 18031,2±7010,2, 18874,2±6028,7 та 16315,7±5677,2 г відповідно (p<0,05 щодо II групи), індекс АЗМ: 6,9±1,1, 7,2±1,1 та 6,8±1,1 кг/м<sup>2</sup> відповідно (p=0,18), швидкість ходи: 1,04±0,2, 0,99±0,2 та 0,89±0,17 м/с відповідно (p<0,05). При проведенні кореляційного аналізу встановлено статистично достовірний кореляційний зв'язок між віком хворих та тестом «встати зі стільця» (r=0,48, p<0,01), АЗМ (r=0,22, p<0,01), швидкістю ходи (r=-0,32, p<0,01). Дослідженням не виявлена достовірна різниця у стані скелетних м'язів у хворих на РА із рівнями СРБ вище медіани (Me -9,3 нг/мл) та нижче. Так, SARC-F становила 2,1±1,7 проти 2,1±1,7 бала відповідно, сила стискання кисті: 15,4±8,7 проти 14,2±8,8 кг відповідно, тест «встати зі стільця»: 15,5±5,6 проти 15,6±3,6 с відповідно, АЗМ: 19106,6±3798,7 проти 18779±3519,5 відповідно, індекс АЗМ: 6,9±1,2 проти 6,9±1,1 кг/м<sup>2</sup> відповідно, швидкість ходи: 0,9±0,2 проти 1,0±0,2 м/с відповідно.

**Висновки.** Показники стану скелетних м'язів (тест «встати зі стільця», АЗМ та швидкість ходи) достовірно асоціювалися з віком хворих (p<0,01), однак не мали достовірних асоціативних зв'язків із рівнем СРБ в плазмі крові.

## 27. РЕГІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ВИБОРУ ЕЛЕКТИВНИХ КУРСІВ З ПИТАНЬ РЕВМАТОЛОГІЇ СТУДЕНТАМИ-МЕДИКАМИ КИЇВСЬКОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

*О.В. Поканевич, Б.Б. Івнєв, В.В. Батушкін, О.Г. Пузанова*

*ПВНЗ «Київський медичний університет», м. Київ*

Основи ревматології — складний для опанування елемент навчальної дисципліни «Внутрішня медицина». У Київському медичному університеті (КМУ) вперше в Україні визначено високу потребу іноземних студентів-медиків англомовної форми навчання з 24 країн світу, особливо 5-курсників, у поглибленому вивченні питань діагностики й вікових аспектів ревматичних захворювань (РЗ), і її особливості у вихідців з регіонів Південної Азії, Західної Азії та Африки. Відповідну освітню потребу вітчизняних студентів дотепер не досліджено. З метою її характеристики у 2024/2025 навчальному році (н.р.) проведено комплексне дослідження на основі медико-соціологічного й порівняльного

опитування 62 студентів 5-го курсу медичного факультету КМУ за допомогою спеціально створеної Google-форми — анкети, англомовний аналог якої використали в 2023/2024 н.р. у 158 студентів-медиків міжнародного факультету (6-го курсу — 130, 5-го — 28 опитаних), у вихідців з Південної Азії, а саме Індії та Пакистану — 100 і 57,1% відповідно, і від загальної вибірки 5- та 6-курсників, у якій «Основи діагностики РЗ» обрали 54,6%, «РЗ в літньому віці...» — 44,7%. Екзаменаційні курси, запропоновані українськими студентами (3,3% опитаних), як і пропозиції іноземців (11,3% 6-курсників), не стосувалися РЗ.

**Висновки.** Освітні потреби майбутніх лікарів у додатковому вивченні елементів спеціальних дисциплін мають регіональні особливості, що варто враховувати в курикулах. Вони можуть бути пов'язані з показниками здоров'я й віковою структурою населення, особливостями розвитку національних систем охорони здоров'я й медичних стандартів. Лише третину українських студентів-медиків 5-го курсу КМУ цікавить поглиблене вивчення питань діагностики РЗ. Дуже низькою є потреба у вивченні вікасоційованих хвороб, зокрема ревматичних, і її слід цілеспрямовано формувати.

## 28. РЕВМАТИЧНА ПОЛІМІАЛГІЯ В НАСТАНОВАХ ЄВРОПЕЙСЬКИХ МЕДИЧНИХ ТОВАРИСТВ 2020–2025 РР.

*О.Г. Пузанова*

*ПВНЗ «Київський медичний університет»,  
м. Київ*

В Європі визнано значну поширеність ревматичної поліміалгії (РП) і різноманіття підходів до її ведення в клінічній практиці. Покращенню медичної допомоги хворим на РП присвячено клінічні настанови (КН) товариств ревматологів Італії (SIR 2020), Франції (SFR 2023), Норвегії (NSR 2024), Німеччини, Австрії, Швейцарії (DGRh/ÖGR/SGR 2025: перегляд КН 2018) і EULAR 2023 (з лікування до досягнення мети та з раннього направлення до ревматолога за підозри на РП). Восени 2025 р. оприлюднить КН Британське товариство ревматологів (BSR). В Україні у 2017 р. схвалено КН Фінського медичного товариства, але старіння населення актуалізує розробку нових КН з ревматичних хвороб у літньому віці, гармонізованих з європейськими.

З метою визначення особливостей створення й змісту зазначених настанов виконано комплексне дослідження КН і їх першоджерел за допомогою методів системного, доказового підходів й інформаційного аналізу.

**Результати.** В усіх КН йдеться про ідіопатичну РП, настороженість щодо артеріїту, значущість коморбідності для життєвого прогнозу й вибору лікування. Вони є консенсусними, подібними за структурою, схваленням міждисциплінарного підходу й тактики діагностики РП, але існують відмінності в методології їх розробки, цільових групах, оцінці доказів, визначенні груп ризику рецидивів, показань до експертизи, схем терапії і моніторингу.

Зокрема, норвезька КН базується на несистематичному огляді й слабкому відгуку ревматологів, пропонує вибіркочну експертизу, пов'язує ризик рецидивів перш за все з васкулітом (тоді як SFR — зі стартовою дозою глюкокортикоїдів (ГК)). КН DGRh/ÖGR/SGR схвалює експертизу всіх випадків підозри на РП й має версію для пацієнтів. Італійська, французька і норвезька КН містять діагностично-лікувальні алгоритми й схеми титрування ГК. Стартовою дозою ГК усі КН назвали >7,5 і <30 мг/добу, зазвичай 15–25 (лише SIR пропонувало 12,5–25 і альтернуючий режим титрування, раннє вибіркоче додавання метотрексату (MTX) в дозі до 10 мг/тиж і не розглядало інгібітори інтерлейкіну (ІЛ) 6. За «серйозної коморбідності» всі КН схиляють до обмеження ГК, а настанови 2023–2025 рр. — до раннього призначення інгібіторів ІЛ-6: їх докази визнано сильними, як і докази раннього скринінгу на остеопороз. Лише в норвезькій КН першим ад'ювантним засобом є MTX — у дозі до 20 мг/тиж. Найприхильнішою до інгібіторів ІЛ-6 є французька КН, що схвалює їх з доказами класу А для стартової монотерапії (німецька КН дає клас А стартовій ГК-терапії). SFR вперше виокремлює ризики крихкості, метаболічні, ятрогенної надниркової недостатності та «непередбачених умов надання медичної допомоги», схвалює регулярне застосування шкали активності РП (докази А), ранній скринінг крихкості, адаптацію стартової дози ГК 0,2–0,3 мг/кг/добу до статусу коморбідності й вибіркочну стартову терапію тоцилізумабом (TCZ; без ГК рішенням консиліуму чи з ГК — для відміни їх за 3 міс) або MTX±ГК. За відсутності тяжкої коморбідності радять починати лікування з ГК, у разі рецидиву чи непереносимості ГК — додати інгібітор ІЛ-6, за неефективності — замінити інгібітор ІЛ-6 на MTX (2-й рецидив — привід додати TCZ чи сарилумаб або MTX на 6–12 міс для відміни ГК). Докази застосування інгібітора ІЛ-6 (клас А) визнають кращими за докази MTX і ГК-монотерапії (класи В, С). Лікувати в ідеалі до 12 міс, постійно з нефармакологічними методами й фаховою підтримкою хворих (що висвітлить BSR). Усі КН 2023–2025 рр. радять зниження дози ГК до 10 мг/добу між 4-м і 8-м тижнем і надалі на 1 мг/міс. У Німеччині, Австрії і Швейцарії схвалено ад'ювантну терапію інгібіторами ІЛ-6 в разі рецидивів, а за ризику непереносимості ГК — і на старті (докази В), MTX і ритуксимаб (RTX) як альтернативу (докази С); граничну тривалість терапії (ГК — 12 міс, з інгібітором ІЛ-6 і RTX — 16 тиж, з MTX — 6–8 міс); лікувальну фізкультуру для крихких і дуже старих хворих.

**Висновки.** Лікування РП в Європі вдосконалюють, медичні стандарти мають регіональну специфіку. Для розробки вітчизняної КН прототипами можуть слугувати КН, створені у 2023–2025 рр. у Франції, Норвегії, Німеччині, і КН BSR, яка потребує вивчення.

## 29. СТАТИСТИКА РОЗПОДІЛУ АЛЕЛІВ ФОЛАТНОГО ЦИКЛУ У ПАЦІЄНТІВ З АНКІЛОЗИВНИМ СПОНДИЛІТОМ У ПОПУЛЯЦІЇ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

*А.В. Романовський, Д.М. Сидоренко,  
Я.В. Цокало*

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

Пацієнти з анкілозивним спондилітом (АС) мають вищу частоту порушень фолатного циклу (ФЦ), особливо за генотипами MTHFR677 та MTHFR1298, а гомоцистеїн (ГЦ) може частково брати участь у патогенезі АС, на що вказує метааналіз 9 статей, що містили оцінку 778 пацієнтів з АС та 522 контрольних пацієнтів контрольної групи (КГ). Як відомо, одним з основних проявів порушень ФЦ є дисплазія сполучної тканини (ДСТ), що призводить до формування порушень постави та протрузій міжхребцевих дисків (ПМхД), підвищена частота ПМхД наявна і при АС. Це призводить до пізнього звернення пацієнтів з АС до ревматолога, враховуючи наявність у них неврологічних порушень як наслідок ПМхД, що є підставою для тривалого спостереження у невролога.

**Мета:** проаналізувати середній рівень ГЦ, розподіл алелів ФЦ серед пацієнтів з АС у популяції населення України та зіставити отримані дані з даними міжнародних досліджень. Виявити алелі «ризик» та «протекторні» алелі генів ФЦ у пацієнтів з АС, що може бути корисним для диференційної діагностики спондилоартритів та врахування ймовірної коморбідності.

**Матеріали та методи.** Оцінено 11 пацієнтів з АС, середній вік — 32 (30–35,5) роки, з яких 3 жінки та 8 чоловіків. Для порівняння взято статистичні дані КГ без АС популяції населення України з відкритих джерел. Оцінено середній рівень ГЦ, розподіл генів ФЦ у хворих на АС та порівняно отримані результати з даними попередніх досліджень популяції населення України. Для оцінки статистичних даних використовували  $\chi^2$  з поправкою Єйтса, враховуючи наявність низьких частот для оцінки вірогідності відмінностей та точний тест Фішера. Оцінку відносного ризику проводили за величиною співвідношення шансів (OR).

**Результати.** Середній рівень ГЦ у пацієнтів з АС —  $14,5 \pm 3,23$  мкмоль/л, тоді як середній рівень ГЦ зіставної КГ популяції населення України, взятий з відкритих джерел, —  $12,59 \pm 3,73$  мкмоль/л. У структурі пацієнтів з АС виявлено гомозиготи за рецисивними алелями: MTHFR677 — 0%, що, ймовірно, пов'язано з низькою частотою таких пацієнтів у популяції населення України, MTHFR1298 — 27,27%, MTR — 9%, MTRR — 36,36%. Референсні дані пацієнтів КГ: MTHFR677 — 5%, MTHFR1298 — 12%, MTR — 18%, MTRR — 37% (таблиця).

Статистика розподілу алелів ФЦ у пацієнтів з АС у популяції населення України

Локус	Генотип	Пацієнти з АС (n=11)		Контроль (n=150)		P	OR (95% ДІ)
		n	%	n	%		
		MTHFR 677	C/C	5	45		
C/T	6	54	60	41	0,839	1,133	
T/T	0	0	8	5	0,589	0	
C/T+T/T	6	54	68	46	>0,05	1,0	
MTHFR 1298	A/A	1	9	64	43	0,0051*	0,134
A/C	7	63	67	45	0,79	0,898	
C/C	3	27	19	12	0,49	1,51	
A/C+C/C	10	91	86	57	>0,05	1,0	
MTR 2756	A/A	5	45	64	43	0,8975	1,12
A/G	5	45	58	39	0,9856	1,2346	
G/G	1	9	28	18	0,4468	0,512	
A/G+G/G	6	54	86	57	>0,05	1,0	
MTRR 66	A/A	1	9	38	26	0,076**	0,295
A/G	6	54	56	37	0,737	1,2	
G/G	4	36	56	37	0,898	1,12	
A/G+G/G	10	91	112	74	>0,05	1,0	

Примітки: \* – статистично значуща відмінність, \*\* – межева тенденція. MTHFR 677 – не виявлено вірогідної асоціації у зв'язку з низькою частотою алелю T/T; MTHFR 1298 – виявлена статистично значуща асоціація – OR 0,134 < 1, що свідчить про сильний захисний ефект генотипу A/A. Пацієнти з АС рідше мають цей генотип; MTR 2756 – немає асоціації з АС; MTRR 66 – межева тенденція до захисного ефекту генотипу AA (OR=0,295).

### ВИСНОВКИ

1. За даними оцінки алелів MTHFR A1298C (генотип A/A) є захисним фактором (OR=0,134; p=0,0051).
2. MTRR A66G — межева тенденція до захисного ефекту генотипу AA (OR=0,295).
3. Отримані дані щодо MTHFR1298 відповідають даним світових публікацій щодо статичного зв'язку цього генотипу з розвитком АС.
4. Дані щодо генотипів MTHFR 677 та MTRR 66 потребують подальшого спостереження у зв'язку з недостатньою статистичною вибіркою.

## 30. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПСОРИАТИЧНОГО АРТРИТУ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРУРИКЕМІЄЮ АБО ПОДАГРОЮ

*Д.М. Сидоренко*

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

Дослідження останніх років вказують на можливий зв'язок між підвищеним рівнем сечової кислоти та тяжчим перебігом псоріатичного артриту, зокрема більш частим розвитком ерозивних змін. Вивчення цього питання є важливим для прогнозування перебігу захворювання та визначення правильної лікувальної тактики.

**Мета:** вивчення особливостей перебігу псоріатичного артриту у пацієнтів з гіперурикемією та подагрюю.

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний аналіз історій хвороб пацієнтів з псоріатич-

ним артритом, а саме 98 осіб (75 чоловіків та 23 жінки) віком 19–73 роки (64 особи з комбінованою формою та 34 — з периферичною формою ураження суглобів), які перебували на лікуванні у відділенні некоронарних хвороб серця, терапії та ревматології ДУ «ННЦ «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини імені академіка М.Д. Стражеска НАМН України» у 2023–2025 рр. З історій хвороб взято наступні показники: загальноклінічні, лабораторні (визначення маркерів запалення, рівня сечової кислоти) й інструментальні (рентгенологічне дослідження суглобів). Крім того, використані методи анкетування та біомедичної статистики.

**Результати.** Порівняно з пацієнтами з нормоурикемією, пацієнти з гіперурикемією частіше мали чоловічу стать (73%,  $n=51$  проти 89%,  $n=26$ ), частка жінок у групі нормоурикемії була більшою, ніж у вибірці 2 при  $p=0,029$  за критерієм Фішера. Кількість ентезитів (анамнестично) була більшою у пацієнтів з гіперурикемією, ніж у групі нормоурикемії (41%,  $n=12$  проти 23%,  $n=16$ ),  $p=0,038$  за критерієм Фішера. У 1-й групі рівень швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ) не перевищував норму та становив 9,00 (міжквартильний розмах (IQR) 5,0–15,00) мм/год, у 2-й групі — вищий 12,00 (IQR 5,0–21,50) мм/год, хоча і статистично недостовірно. Рівень С-реактивного білка (СРБ) перевищував норму в обох групах, проте статистично вищим був у групі гіперурикемії  $p \leq 0,05$ . У групі пацієнтів із подагрою виявлено більш високі показники сечової кислоти (медіана — 549,00 ммоль/л), ШОЕ (медіана — 16,00 мм/год) та СРБ (медіана — 11,35 мг/л). У групі гіперурикемії з більшою частотою відмічали III рентгенологічну стадію та не виявлено I стадії порівняно з групою нормоурикемії. Ми отримали статистично достовірні нижчі рівні сечової кислоти в об'єднаній групі біологічної та комбінованої терапії (рівень сечової кислоти 281,0 (IQR 223,0–336,0) мкмоль/л) порівняно з синтетичною ( $p=0,049$  за критерієм Манна — Уїтні).

**Висновки.** У пацієнтів із псоріатичним артритом відмічено часту коморбідність з гіперурикемією та/або подагрою (30%), які мали тяжчий перебіг основної хвороби, більшу кількість ентезитів, вищу рентгенологічну стадію та вищі рівні показників запалення (СРБ та ШОЕ). Наявність у пацієнтів гіперурикемії та/або подагри негативно позначалася на перебігу захворювання, тому нами рекомендовано застосування комбінованої базисної терапії та гіпоурикемічної терапії з метою оптимізації лікувальної тактики.

### 31. ГРАНУЛЕМАТОЗ ІЗ ПОЛІАНГІТОМ — МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНІ ВИКЛИКИ

**О.В. Синенький**

КНП ЛОР «Львівська обласна клінічна лікарня»,  
ревматологічне відділення, м. Львів

Гранулематоз із поліангітом (ГПА) — рідкісне системне автоімунне захворювання, що належить до АНЦА-асоційованих васкулітів дрібних судин. Клінічні прояви є поліморфними та часто імітують інфекційні або онкологічні процеси, що утруднює діагностику. Ведення таких пацієнтів потребує тісної

мультидисциплінарної співпраці між лікарями різних спеціальностей.

**Мета:** продемонструвати клінічний випадок тяжкого перебігу гранулематозу із поліангітом, що ілюструє діагностичні труднощі та важливість мультидисциплінарного підходу в лікуванні.

**Матеріали та методи.** Представлено клінічний випадок пацієнта віком 31 рік, у якого початок захворювання супроводжувався отогенними симптомами (мастоїдит, туговухість, післяопераційний отит). Проведено клінічне, лабораторне, імунологічне та інструментальне обстеження, зокрема виявлення антитіл до протеїнази-3 (PR3-ANCA 194,91 Од/мл при нормі  $< 20$ ). Діагноз підтверджено морфологічно — виявлено гранульоми з некрозом.

**Результати.** Встановлено мультиорганне ураження: верхні дихальні шляхи (хронічний отит, риносинусит, поліпоз), легені (множинні гранулематозні кавітуючі вогнища, деструкція, пневмомедіастинум), серце (гідроперикард, серцева недостатність), нервова система (лакунарний інфаркт, нейропатія трійчастого нерва), очі (ангіопатія сітківки). Проведено глюкокортикоїдну терапію (метилпреднізолон 500 мг/добу, № 5), імунобіологічне лікування ритуксимабом (500 мг, № 4), антибактеріальну та противірусну терапію, респіраторну підтримку. Отримано клінічне покращення — зниження активності запального процесу та стабілізація стану пацієнта.

**Висновки.** ГПА є клінічним «хамелеоном», що потребує настороженості та співпраці лікарів різних спеціальностей. Рання діагностика й адекватне лікування із застосуванням імунобіологічної терапії ритуксимабом забезпечують контроль активності захворювання та запобігають рецидивам. Мультидисциплінарний підхід залишається ключовим чинником успішного ведення пацієнтів із системними васкулітами.

### 32. ІНФЕКЦІЯ ТА ЗАПАЛЕННЯ В РЕВМАТОЛОГІЇ: МІСЦЕ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ЗАСОБІВ І СТРАТЕГІЇ ПОДОЛАННЯ РЕЗИСТЕНТНОСТІ

**Ю.К. Сікало<sup>1</sup>, Л.В. Журавльова<sup>1</sup>,  
М.О. Олійник<sup>2</sup>, В.О. Федоров<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Харківський національний медичний  
університет, м. Харків

<sup>2</sup>Sint Maartenskliniek, Rheumatology department,  
Наймеген, Нідерланди

Інфекційні ускладнення залишаються провідною причиною захворюваності та смертності серед пацієнтів з ревматичними захворюваннями, попри значний прогрес у застосуванні імуносупресивної терапії. Крім того, деякі бактеріальні агенти можуть виступати тригерами або кофакторами розвитку автоімунного запалення. У цьому контексті антибактеріальні засоби (АБЗ) набувають важливого значення не лише як терапевтичний, а й як патогенетично обґрунтований компонент ведення пацієнтів.

**Мета:** визначити роль АБЗ у ревматологічній практиці та обґрунтувати підходи до їх раціонального застосування, враховуючи лікування інфекцій, ерадикацію потенційних тригерів та профілактику інфекційних ускладнень на тлі імуносупресивної терапії.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано сучасні наукові публікації, клінічні рекомендації EULAR, ACR та вітчизняні настанови щодо застосування АБЗ у пацієнтів із ревматичними захворюваннями. Особливу увагу приділено проблемі антимікробної резистентності (АМР) та стратегіям її подолання.

**Результати.** Глобальне споживання антибіотиків (АБ) зросло на 46%, при цьому виявлено значну нерівномірність: найвищі показники у країнах з високим доходом, найнижчі — у країнах Африки південніше від Сахари. В Україні у 2020 р. рівень споживання становив 21,6 визначених добових доз на 1000 населення на добу, що відповідає середньоєвропейському рівню. Структура використання за класифікацією AWaRe (ВООЗ) наближена до рекомендованої.

Щорічно АМР прямо спричиняє близько 1,3 млн випадків смерті, а загальна кількість летальних випадків, пов'язаних з нею, перевищує 5 млн. В Україні відзначається висока частота резистентних грам-негативних штамів та надмірне використання цефтріаксону і левофлоксацину.

При септичному артриті емпірична терапія АБ має розпочинатися негайно після забору синовіальної рідини та посіву крові. Препаратом вибору при виявленні метицилінчутливого золотистого стафілококу (MSSA) є цефазолін, при метицилінрезистентному (MRSA) — ванкоміцин. У разі постстрептококового реактивного артриту для вторинної профілактики призначається бензатин бензилпеніцилін G для ерадикації *Streptococcus pyogenes* протягом 1 року. У пацієнтів з Лайм-артритом прийом доксицикліну забезпечує одужання у 80–90% випадків. Для мінімізації інфекційних ризиків у пацієнтів, які потребують імуносупресивної або імуномодулювальної терапії, обов'язковими є етапи скринінгу, профілактики та контролю інфекцій, що мають бути ініційовані до початку лікування. Ризик будь-якої серйозної інфекції виявляється вищим при тривалому застосуванні глюкокортикостероїдів (ГКС), ніж при застосуванні більшості біологічних препаратів. Водночас поєднання стероїдів із біологічними препаратами значно підвищує ризик, пов'язаний з інфекцією. Профілактичний прийом ко-тримоксазолу показаний при застосуванні високих доз ГКС, метотрексату, циклофосфаміду, з метою профілактики інфекції *Pneumocystis jirovecii*, особливо за наявності додаткових факторів ризику.

**Висновки.** Раціональне застосування АБЗ є критично важливим компонентом в ревматологічній практиці як для лікування інфекцій, так і для ведення захворювань, де інфекційні агенти можуть бути тригерами. Підвищення АБР потребує чітких підходів до антибіотикотерапії у пацієнтів, які отримують імуносупресивну терапію, з урахуванням ризиків, профілактики та моніторингу ускладнень.

### 33. ПЕРСОНАЛІЗОВАНИЙ СЕЛФМЕНЕДЖМЕНТ ЯК ІНСТРУМЕНТ ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ КЛІНІЧНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ У РЕВМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Ю.К. Сікало<sup>1</sup>, Л.В. Журавльова<sup>1</sup>,  
В.О. Федоров<sup>1</sup>, М.О. Олійник<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Харківський національний медичний університет, м. Харків

<sup>2</sup>Sint Maartenskliniek, Rheumatology department, Наймеґен, Нідерланди

Селфменеджмент (СМ) історично розглядався як допоміжна стратегія в лікуванні хронічних захворювань, включаючи ревматичні. Однак розуміння складності та індивідуальності перебігу ревматичних захворювань (РЗ) зумовлює переосмислення його ролі. Сучасна парадигма зміщується до персоналізованого підходу, який враховує унікальні потреби, цінності та контекст життя кожного пацієнта. Ця еволюція визначає СМ не як опцію, а як фундаментальний стандарт надання допомоги при РЗ, спрямований на покращення клінічних результатів та якості життя.

**Мета:** проаналізувати еволюцію концепції СМ в ревматології, обґрунтувати необхідність та переваги персоналізованого підходу як сучасного стандарту допомоги пацієнтам з РЗ, а також визначити ключові елементи та перспективи його впровадження в клінічну практику.

**Матеріали та методи.** Проведено нарративний огляд наукової літератури, клінічних настанов та рекомендацій міжнародних і національних ревматологічних організацій щодо СМ. Проаналізовано дослідження, що оцінюють ефективність різних моделей СМ при РЗ з особливим акцентом на персоналізовані втручання.

**Результати.** Простежено еволюцію СМ від загальних освітніх програм до більш структурованих та адаптованих підходів. Виявлено зростаюче розуміння обмеженості універсальних моделей та необхідності врахування індивідуальних факторів пацієнта (знання, навички, мотивація, соціальна підтримка, коморбідність, спосіб життя).

Обґрунтовано переваги персоналізованого СМ, що включають покращення прихильності до лікування, кращий контроль симптомів, підвищення функціональної активності, зниження рівня болю та втоми, поліпшення психологічного стану та якості життя пацієнтів з РЗ. Наведено приклади успішних персоналізованих втручань, що базуються на принципах спільного ухвалення рішень, мотиваційного інтерв'ювання, коучингу та використання цифрових технологій.

Визначено ключові елементи персоналізованого СМ: комплексна оцінка потреб пацієнта, розробка індивідуалізованого плану дій, навчання навичкам самоконтролю та ухвалення рішень, підтримка самостійності та відповідальності пацієнта, регулярний моніторинг та адаптація стратегій.

Проаналізовано бар'єри та сприяючі фактори впровадження персоналізованого СМ в рутинну клінічну практику, включаючи необхідність зміни парадигми взаємодії між лікарем та пацієнтом, навчання медичних працівників, розробку відповідних інструментів та ресурсів, а також інтеграцію СМ в існуючі системи охорони здоров'я.

Окреслено перспективи подальшого розвитку персоналізованого СМ з використанням штучного інтелекту, мобільних додатків, телемедицини та інших інноваційних технологій для забезпечення більш ефективної та доступної підтримки пацієнтів з ревматичними захворюваннями.

**Висновки.** Персоналізований підхід до СМ є ключовим етапом в еволюції допомоги пацієнтам з РЗ та має стати невід'ємним стандартом клінічної практики. Врахування індивідуальних потреб та особливостей пацієнта дозволяє значно підвищити ефективність СМ, покращити клінічні результати та якість їхнього життя. Подальші зусилля мають бути спрямовані на розробку, впровадження та оцінку ефективності персоналізованих моделей СМ в рутинній ревматологічній практиці з використанням сучасних технологій та міждисциплінарної співпраці.

#### 34. РОЗЧИННИЙ ЕНДОГЛІН ЯК ПОТЕНЦІЙНИЙ БІОМАРКЕР ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА СИСТЕМНИЙ ЧЕРВОНИЙ ВОВЧАК

*Т.В. Степанюк, С.В. Шевчук*

*Вінницький національний медичний університет  
ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця*

Ураження нервової системи у хворих на системний червоний вовчак (СЧВ) є частими і неоднорідними та являють собою комплекс неврологічних та психічних розладів. Нейропсихіатричні симптоми можуть виникати в дебюті та в перші роки захворювання, а у частини пацієнтів є початковими проявами СЧВ. Найчастішими ознаками ураження центральної нервової системи (ЦНС) є когнітивна дисфункція, тривожні та депресивні розлади. Причини та механізми виникнення цих проявів різноманітні, а патогенез досі залишається невивченим. Останнім часом увагу вчених привертає біомолекула ендоглін (ENG), що асоціюється з патогенезом окремих неврологічних, судинних та аутоімунних захворювань. Антиангіогенна активність розчинного ендогліну (sol-ендогліну) досліджувалася в рамках широкого спектра патологічних станів, зокрема прееклампсії, раку, ревматоїдного артриту. Однак відомостей щодо рівнів sol-ендогліну в сироватці крові хворих на СЧВ не виявлено, як і невідомий його зв'язок з особливостями ураження нервової системи.

**Мета:** вивчити рівень sol-ендогліну в сироватці крові хворих на СЧВ та оцінити його зв'язок з ураженнями центральної та периферичної нервової системи, показниками психічного здоров'я — тривогою, депресивними розладами, когнітивними порушеннями.

**Матеріали та методи.** Обстежено 96 хворих на СЧВ віком 19–55 років, 7 (7,3%) чоловіків та 89 (92,7%) жінок, середня тривалість захворювання —  $6,2 \pm 0,4$  року, середній вік —  $37,5 \pm 0,9$  року та 20 осіб групи контролю, середній вік —  $39,0 \pm 1,09$  року. Діагноз СЧВ встановлювали на основі критеріїв EULAR/ACR 2019. Для оцінки неврологічного стану використані шкала депресії Зунга, шкала тривоги Спілбергера, Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій (MoCA). Вміст ендогліну в сироватці крові визначали імуноферментним методом ELISA.

**Результати.** У хворих на СЧВ рівень ендогліну був достовірно вищим на 90,4% ( $p < 0,001$ ) порівняно з групою контролю. Так, в осіб групи контролю рівні ендогліну коливалися в діапазоні 1,14–2,56 нг/мл (95% довірчий інтервал (ДІ)) із медіаною 1,86 нг/мл, а у хворих на СЧВ рівень ендогліну коливався в діапазоні 1,58–6,53 (95% ДІ) із медіаною 3,28 нг/мл. Для оцінки ступеня зв'язку рівнів ендогліну з особливостями психоневрологічного стану пацієнтів всіх хворих на СЧВ залежно від рівнів ендогліну було розподілено на 4 підгрупи: 1-й квартиль (Q1) включав 24 особи з рівнем ендогліну  $< 2,55$  нг/мл; 2-й квартиль (Q2) — 25 осіб з рівнем ендогліну 2,55–3,28 нг/мл; 3-й квартиль (Q3) — 23 особи з показником 3,29–4,24 нг/мл; 4-й квартиль (Q4) — 24 особи з показником  $> 4,24$  нг/мл. Відмічено чітке зростання від 1-го до 4-го квартилю частки пацієнтів з ураженням нервової системи. Серед пацієнтів з рівнем ендогліну, вищим за 3,29 нг/мл (Q3 та Q4), частка осіб з ураженням периферичної нервової системи перевищувала 50% і була вищою в 2,99–3,38 рази ( $p < 0,05$ ), ніж у пацієнтів з рівнем ендогліну менше 2,55 нг/мл. Також у групах Q2, Q3 та Q4 частка пацієнтів з ураженням ЦНС була більшою в 1,32; 2,98 та 3,28 рази порівняно з групою Q1 ( $p < 0,05–0,001$ ) відповідно). Підвищення рівня ендогліну в сироватці крові асоціювалося з погіршенням показників психічного здоров'я (когнітивних розладів, тривоги, депресії). Окрім того, в групі Q4 частка пацієнтів з верифікованою тривожністю, депресивними розладами та когнітивною дисфункцією була статистично значуще більшою в 2,4; 5,52 та 2,74 рази ( $p < 0,05$ ), ніж у групі Q1.

**Висновки.** Надмірна концентрація sol-ендогліну є циркулюючим маркером ураження периферичної та ЦНС, оскільки тісно асоціюється з ураженням психоемоційної сфери — когнітивною дисфункцією, тривожними та депресивними проявами.

#### 35. ВІКОВА ДИНАМІКА ПОШИРЕНОСТІ ПОДАГРИ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ: АНАЛІЗ ДАНИХ ЗА 2021 Р.

*О.О. Ханюков, О.В. Смольянова*

*Дніпровський державний медичний  
університет, м. Дніпро*

В Україні, як і в інших країнах Європи, відзначається тенденція до старіння населення. Подагра має чітку залежність від віку: з його збільшенням

підвищується ризик розвитку захворювання через накопичення факторів ризику. Знання, в яких саме вікових групах відмічена найбільша поширеність цієї патології, допомагає спрямувати ресурси (скринінг, інформування, терапія) максимально ефективно. Це особливо актуально для старших вікових груп, адже подагричний напад асоціюється з підвищеним ризиком судинних ускладнень (інфаркт, інсульт).

**Мета:** оцінити вікову динаміку показника поширеності подагри серед населення України у 2021 р.

**Матеріали та методи.** Дані отримані з дослідження глобального тягаря хвороб, травм та факторів ризику, проведеного Інститутом оцінки та вимірювання показників здоров'я (США). Показник поширеності розраховано на 100 тис. населення та наведено у вигляді медіани разом з 95% довірчим інтервалом (ДІ). Вікові групи обрано відповідно до вікової класифікації Всесвітньої організації охорони здоров'я: молодий вік — до 45 років, середній — 45–59 років, похилий — 60–74 років, старечий — 75–90 років, довгожителі — старше 90 років відповідно. Показники отримано шляхом обчислення зваженого середнього та стандартного відхилення на основі наявних ДІ у підгрупах за даними Інституту оцінки та вимірювання показників здоров'я (США).

**Результати.** За результатами дослідження станом на 2021 р. показники поширеності для вікових когорт становили: молодий вік — 160,84 (95% ДІ 117,90–203,78), середній — 869,33 (95% ДІ 665,87–1072,78), похилий — 1640 (95% ДІ 1239,3–2040,7), старечий — 2301,04 (1747,09–2854,99), довгожителі — 2621,77 (95% ДІ 1738,13–3505,41). Під час аналізу встановлено, що порівняно з молодією групою, у середньому віці рівень поширеності був вищим у 5,4 раза, у похилому — у 10,2 раза, у старечому — у 14,3 раза, а серед довгожителів — у 16,3 раза. Причому поширеність подагри збільшилася майже вдвічі у похилому віці по відношенню до середнього. Порівняно з когортою віком до 45 років приріст поширеності становив у середньому віці 540,39%, похилому — 1019,66%, у старечому — 1430,36%, а серед довгожителів — 1629,91%.

**Обмеження дослідження.** Для аналізу використано дані Інституту оцінки та вимірювання показників здоров'я (США), які останніми роками базуються переважно на моделях прогнозування, а не на безпосередніх фактичних показниках поширеності, зібраних у країнах.

**Висновки.** За результатами дослідження встановлено значне зростання поширеності подагри з віком серед населення. Поширеність у середньому віці була вищою у 5,4 раза, а у довгожителів — у 16,3 раза порівняно з молодією віковою групою. Особливо відзначається майже дворазове підвищення показника у похилому віці порівняно з середнім. Отримані дані підкреслюють необхідність посилення скринінгу на подагру серед осіб віком старше 60 років з метою своєчасного початку лікування та раціонального підбору лікарських засобів, зокрема для терапії супутніх захворювань.

## 36. СТАН МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ЗАЛЕЖНО ВІД ПЕРЕБІГУ АКСІАЛЬНОГО СПОНДИЛОАРТРИТУ

**Я.В. Цокало**

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

Остеопороз є поширеним супутнім захворюванням у пацієнтів з аксіальним спондилоартритом, що часто призводить до підвищеного ризику переломів. Вивчення стану мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) є важливим для оцінки ризику розвитку остеопорозу у цієї категорії пацієнтів.

**Мета:** оцінити стан МЩКТ у пацієнтів із аксіальним спондилоартритом, зокрема виявити фактори ризику розвитку остеопорозу та ефективність скринінгу пацієнтів.

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний аналіз 97 випадків вимірювання МЩКТ за допомогою рентгенівської абсорбціометрії (DEXA) у 87 пацієнтів із аксіальним спондилоартритом, що пройшли стаціонарне лікування. Порівняння результатів за групами та підгрупами було здійснене за віком, статтю, проявами основного захворювання, наявністю супутніх захворювань та призначеним лікуванням.

**Результати.** У 80,4% досліджуваних пацієнтів виявлено знижену МЩКТ, у 34% з яких діагностовано остеопороз. Статистично значима різниця в групах за віком вказує на розвиток остеопорозу вже в молодому віці, незважаючи на більш тривалий перебіг хвороби у пацієнтів старшого віку. Також встановлено, що ентезити асоціюються з нормальним рівнем МЩКТ, тоді як артрит гомілковостопних суглобів пов'язаний з підвищеним ризиком розвитку остеопорозу.

**Висновки.** Остеопороз виявлений у 34% досліджуваних пацієнтів з аксіальним спондилоартритом, що підкреслює необхідність регулярного скринінгу МЩКТ у цих хворих. Пацієнти з ентезитами мають кращий стан кісткової тканини, тоді як артрит гомілковостопних суглобів має зв'язок з підвищеним ризиком розвитку остеопорозу. Рекомендовано впровадження стратегії раннього скринінгу для визначення ризику остеопорозу, особливо серед молодих пацієнтів з аксіальним спондилоартритом.

## 37. РІВНІ ОСТЕОКАЛЬЦИНУ ТА N-КІНЦЕВОГО ТЕЛОПЕПТИДУ КОЛАГЕНУ І ТИПУ У ЧОЛОВІКІВ, ХВОРИХ НА АНКІЛОЗИВНИЙ СПОНДИЛІТ, ЗВ'ЯЗОК З АКТИВНІСТЮ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИМ СТАНОМ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ

**С.В. Шевчук, О.М. Павлюк**

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця*

Останніми роками стає все більш очевидним те, що зниження мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) та розвиток остеопорозу є одним

із основних ускладнень анкілозивного спондиліту (АС). Поряд з тим ключовою ознакою АС є патологічне кістковоутворення, що веде до анкілозу хребта та крижово-клубових суглобів. На сьогодні залишається недостатньо вивченим питанням, що призводить до втрати кісткової маси та формування кісткової тканини і чи пов'язані ці процеси із запаленням. Визначення рівнів маркерів кісткового метаболізму (остеокальцин, N-кінцевий телопептид колагену I типу (NTx)) є однією з найцінніших оцінок активності остеокластів та остеобластів. Відомо, що детальний аналіз цих показників можна використовувати для моніторингу змін МЦКТ та прогресування втрати кісткової маси. Проте дані про особливості метаболізму кісткової тканини та фактори, що провокують порушення кісткового ремоделювання у хворих на АС, досить обмежені.

**Мета:** оцінити рівні остеокальцину та NTx у чоловіків, хворих на АС, та визначити їх зв'язок з активністю захворювання та структурно-функціональним станом кісткової тканини.

**Матеріали та методи.** Проведено дослідження за участю 83 чоловіків, хворих на АС, та 29 практично здорових осіб, які увійшли в контрольну групу. Активність захворювання та ступінь функціональних обмежень визначали за індексом BASDAI, ASDAS-CRB та функціональним індексом BASFI. Лабораторне дослідження включало визначення рівня СРБ та маркерів синтезу та резорбції кісткової тканини. МЦКТ вимірювали за допомогою двохенергетичної рентгенівської абсорбціометрії на апараті «Hologic Discovery Wi» (S/N 87227).

**Результати.** Середні рівні остеокальцину суттєво не відрізнялися у пацієнтів з АС ( $12,9 \pm 0,9$  нг/мл) і контрольною групою ( $11,3 \pm 0,6$  нг/мл) та не виявили жодної суттєвої кореляції з індексами ASDAS, BASDAI, BASFI та СРБ. Натомість значення NTx були значно вищими у пацієнтів з АС, ніж у контрольній групі ( $105,8 \pm 3,4$  проти  $92,6 \pm 5,1$  нг/мл) і були тісно пов'язані з активністю запального процесу і низькою функціональною спроможністю. Порушення структурно-функціонального стану кістки обумовлено посиленою резорбцією кісткової тканини. Так, частка пацієнтів із низькою МЦКТ та переломами (68,2 та 27,3%) у групі пацієнтів із високим вмістом NTx була у 4–12 разів вищою, ніж при оптимальних рівнях цього маркера (17,7 та 2,2%). З іншого боку, остеопроліферативні зміни не були пов'язані з рівнем NTx, а залежали від вмісту остеокальцину в сироватці крові. Зокрема, у групі пацієнтів із синдесмофітами сироваткові значення остеокальцину були ймовірно вищими (на 12,4%), ніж у групі без синдесмофітів.

**Висновки.** Підвищені рівні NTx пов'язані з високою запальною активністю та низькою МЦКТ. З іншого боку, концентрація остеокальцину не пов'язана з перебігом захворювання, але підвищується в осіб із наявністю синдесмофітів.

## 38. ДИФЕРЕНЦІЙНИЙ ДІАГНОЗ НАВКОЛОСУГЛОБОВИХ ВУЗЛИКОВИХ УТВОРЕНЬ НА КИСТЯХ: КЛІНІЧНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

**О.Б. Яременко, Д.І. Коляденко**

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

Вузликові утворення кистей є мультидисциплінарною проблемою, за походженням вони можуть бути синовіальними, шкірними, нейроваскулярними, хрящовими, кістковими.

**Мета:** продемонструвати складнощі диференційної діагностики навколосуглобових вузликів утворень на кистях.

**Матеріали та методи.** Описано клінічні випадки з власної практики, проаналізовано літературні дані щодо диференційно-діагностичних ознак вузликів утворень на кистях.

**Результати.** Клінічний випадок 1: хвора Т., 41 рік, звернулася зі скаргами на припухлість шкіри над окремими суглобами пальців кистей, що виникла близько року тому та поступово трансформувалась у шкірні вузлики. Пацієнтка відзначала болючість цих утворень при контакті з твердими поверхнями. В анамнезі: періодичний біль у шийному та грудному відділах хребта пів року тому, на момент звернення не турбує. Лікування нестероїдними протизапальними препаратами (НПЗП) і глюкокортикоїдами (бета-метазон 7 мг внутрішньом'язово одноразово) не чинило впливу на шкірні вузлики. Сімейний анамнез: псоріаз у батька і брата, контрактура Дюпюїтрена у бабусі. Об'єктивно: шкірні вузлики на тильній поверхні III і V проксимальних міжфалангових суглобів (ПМФС) правої кисті та IV ПМФС лівої кисті; щільні, безболісні, зміщуються при пальпації. За даними лабораторних досліджень: нормальні рівні запальних маркерів (ШОЕ — 4 мм/год, СРБ — 0,3 мг/л), негативні специфічні ревматологічні показники (ревматоїдний фактор, антитіла до циклічного цитрулінованого пептиду, антинуклеарні антитіла, HLA-B27). При проведенні ультразвукового дослідження (УЗД) виявлено гіпоехогенні овальні структури з нечітким контуром, не васкуляризовані, не пов'язані із суглобовою порожниною чи сухожильною піхвою, середнім розміром 8 x 3 мм. Магнітно-резонансна томографія (МРТ) підтвердила наявність підшкірних утворень (гіпоінтенсивних в режимі T1, гіперінтенсивних в режимі T2) та інтактність прилеглих суглобів і сухожилків. Зважаючи на біль у спині в анамнезі та сімейний анамнез псоріазу, проведено МРТ хребта і крижово-клубових з'єднань — ознак сакроілеїту чи спондиліту не виявлено. Клінічний випадок 2: пацієнтка Є., 38 років, діагноз хвороби Шегрена встановлено більше 10 років тому, стан медикаментозної ремісії. Скарги на появу півтора року тому шкірних вузликів над III і IV ПМФС лівої кисті, IV ПМФС правої кисті, епізодично вони дещо болісні. Застосування НПЗП, сератіопептидази, місцевих засобів (димексид, гідрокортизон, лідаза) не зумовило клінічного ефекту. При УЗД цих вузликів: гіпоехогенні

округлі утворення, без чіткої капсули, не васкуляризовані, не пов'язані з порожниною суглобів. Надалі проводилася диференційна діагностика з вузликами Бушара, ревматоїдними вузликами, гангліоном, тофусами, вузликами Гаррода, теносиновіальною гігантклітинною пухлиною, вузликами при саркоїдозі, стороннім тілом, гломусною пухлиною. На підставі диференційно-діагностичних пальпаторних характеристик вузликових утворень, а також лабораторно-візуалізаційних відмінностей обом пацієнткам встановлено діагноз доброякісного шкірного надсуглобового фіброматозу (вузлики Гаррода). Рекомендовано динамічне спостереження, медикаментозне лікування не показано. Вузлики Гаррода — рідкісна форма поверхневого фіброматозу, що проявляється безсимптомними фіброзно-жировими підшкірними вузликами з типовою локалізацією на тильній поверхні ПМФС кистей. Їх поява зазвичай асоціюється з травматизацією та іншими типами фіброматозу (контрактура Дюпюїтрена, плантарний фіброматоз).

**Висновки.** Наведені клінічні випадки демонструють різноманіття етіологічних причин навколо суглобових вузликових утворень на кистях. У диференційній діагностиці ключовими є ретельний збір анамнезу та прості візуалізаційні методи дослідження, зокрема УЗД.

### 39. МОЖЛИВОСТІ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНОЇ ОЦІНКИ АКТИВНОСТІ ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ТА ВПЛИВУ НА ЙОГО КЛЮЧОВІ ЛАНКИ ПРИ СИСТЕМНОМУ ЧЕРВОНОМУ ВОВЧАКУ

**О.Б. Яременко, Д.І. Коляденко**

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

Під час діагностики та моніторингу перебігу системного червоного вовчака (СЧВ) важливе значення мають маркери активності запального процесу.

**Мета:** вивчити взаємозв'язок між рівнями традиційних запальних маркерів та спектром клінічних проявів і специфічних аутоантитіл, активністю захворювання, обсягом медикаментозної терапії, клінічно необхідною дозою пероральних глюкокортикоїдів (ГК) у хворих на СЧВ.

**Матеріали та методи.** Обстежено 436 хворих на СЧВ, серед них 382 жінки (87,6%) і 54 чоловіки (12,4%). Вік хворих на час обстеження становив 37 (26–49) років, на момент дебюту СЧВ — 28 (20–40) років. Медіанне значення індексу активності СЧВ SLEDAI-2K становило 10 (6–16) балів, індексу ушкодження SLICC/ACR DI — 1 (0–2) бал. На момент включення в дослідження 60% хворих отримували пероральні ГК, 55% — амінохінолінові препарати, 10% — інші імуносупресивні препарати. Середня добова доза ГК за пероральним преднізолоном на час обстеження становила 10 (10–15) мг. У пацієнтів оцінювали залучення різних органів і систем, визначали швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ), метод Вестергрена, рівень С-реактивного білка (СРБ), латексний турбідиметричний метод та спектр специфічних аутоантитіл (ELISA). Для статистичної оброб-

ки результатів використовували критерій Вілкоксона — Манна — Уїтні, кореляційний аналіз Спірмена, Рос-аналіз.

**Результати.** У близько половини хворих на СЧВ відмічено підвищені рівні ШОЕ (52,4%) та СРБ (51,5%), які помірно корелювали між собою ( $r=0,31$ ;  $p<0,01$ ). Рівень СРБ залежав від віку хворих ( $r=0,21$ ,  $p<0,01$ ), підвищувався при ураженні серозних (18 (0–96) проти 5 (0–13) мг/л;  $p<0,01$ ) та слизових оболонок (12 (0–48) проти 6 (0–19) мг/л;  $p=0,03$ ), синдромі Шегрена (19 (6–96) проти 6 (0–24) мг/л;  $p=0,02$ ), анемії (6 (5–18) проти 5 (1–11) мг/л;  $p=0,02$ ), помірному та високому ступені незворотних ушкоджень органів (12 (0–24) проти 5 (0–17) мг/л;  $p=0,04$ ), але не залежав від активності СЧВ ( $r=-0,12$ ;  $p>0,05$ ). Натомість рівень ШОЕ корелював з активністю СЧВ ( $r=0,17$ ;  $p<0,01$ ), його вищі значення виявлено при ураженні нирок (27 (12–50) проти 21 (10–35) мм/год;  $p=0,01$ ), системи мононуклеарних фагоцитів (25 (12–47) проти 20 (11–35) мм/год;  $p=0,02$ ), серця (24 (11–48) проти 21 (11–32) мм/год;  $p=0,02$ ), артриті (24 (12–43) проти 20 (10–35) мм/год;  $p=0,03$ ), пульмоніті (35 (17–64) проти 21 (11–36) мм/год;  $p<0,01$ ), лихоманці (35 (18–69) проти 20 (10–34) мм/год;  $p<0,01$ ), виявленні антитіл до Ro/SSA (27 (13–37) проти 17 (10–28) мм/год;  $p=0,03$ ). Особливістю групи хворих з невідповідністю рівнів ШОЕ та СРБ у вигляді високої ШОЕ / низького СРБ була майже втричі вища частота ураження центральної нервової системи, ніж у пацієнтів з низькою ШОЕ / високим СРБ (31 проти 11%;  $p=0,04$ ). У хворих, які ще не отримували лікування, рівні ШОЕ та СРБ були достовірно вищими, ніж у пацієнтів, що вже отримували терапію ГК та/або імуносупресивними препаратами ( $p<0,01$ ). Рівні ШОЕ  $\geq 42$  мм/год (чутливість 48%, специфічність 94%) і СРБ  $\geq 27,6$  мг/л (чутливість 38%, специфічність 95%) були лабораторними предикторами застосування високих доз ГК ( $>30$  мг/добу у преднізолоновому еквіваленті).

**Висновки.** Оскільки рівні СРБ і ШОЕ демонструють відмінні клінічні асоціації у хворих на СЧВ, ці маркери запального процесу не слід вважати взаємозамінними, їх рівні доцільно контролювати одночасно з урахуванням поставлених клінічних завдань.

### 40. НЕУЗГОДЖЕНІСТЬ МІЖ ЗАПАЛЬНИМ І БОЛЬОВИМ СИНДРОМАМИ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ ЗАЛЕЖНО ВІД ТРИВАЛОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ

**О.Б. Яременко, Г.М. Микитенко**

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

Основною метою лікування ревматоїдного артриту (РА) є зниження активності запального процесу та запобігання розвитку деструкції суглобів. Однак частина пацієнтів з РА, незважаючи на досягнення лабораторної (запальної) ремісії, не досягають мети лікування РА згідно з критеріями DAS 28 [1].

**Мета:** оцінити взаємозв'язок між запальним та больовим синдромами у пацієнтів з РА залежно від тривалості захворювання.

**Матеріали та методи.** У дослідження було включено 366 хворих на РА; середній вік пацієнтів становив 52 (11,9) роки, середня тривалість спостереження — 2,0 (1,3) роки. Більшість хворих були жіночої статі (86,0%), із середньою тривалістю захворювання 51,5±3,30 міс. 62,3% осіб були серопозитивними за ревматоїдним фактором, 71,5% — за антитілами до циклічного цитрулінованого пептиду. Хворобомодифікувальна терапія включала призначення метотрексату (n=93), лефлуноміду (n=95), сульфасалазину (n=68), гідроксихлорохіну (n=3) або їх комбінацій (n=104). Упродовж 2-річного періоду спостереження пацієнти проходили планові візити кожні 3–6 міс. Під час кожного візиту оцінювали кількість болючих та набряклих суглобів (КБС та КНС) згідно з DAS28 (ШОЕ), рівні ШОЕ, СРБ, а також загальну оцінку пацієнтом стану свого здоров'я та болю за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ, 0–100 мм). На початку дослідження та під час контрольних візитів аналізували активність хвороби за DAS28, досягнення пацієнтом клінічної ремісії (КР) (DAS28<2,6 балів) та лабораторної (запальної) ремісії (ЗР) (поєднання КНС=0, СРБ<10 мг/л та нормального рівня ШОЕ) з урахуванням тривалості захворювання.

**Результати.** Включених у дослідження пацієнтів було розподілено на дві групи залежно від тривалості захворювання: 173 особи з раннім РА (<2 років) та 193 — з пізнім (≥2 років). Середня тривалість захворювання в групах становила відповідно 10,3±0,59 міс та 88,3±4,91 міс. Статистично значущих відмінностей між групами за віком, статтю, серопозитивністю, активністю хвороби та призначеною терапією не виявлено (p>0,05).

Упродовж 2-річного спостереження ЗР досягнуто у 46 (26,6%) пацієнтів з раннім РА та у 31 (16,1%) пацієнта з пізнім РА (p<0,05,  $\chi^2=6,08$ ). Серед пацієнтів, які досягли ЗР, 18 (39,2%) хворих не відповідали критеріям КР, при цьому значно частіше (в 1,6 раза) — у групі пізнього РА (20 осіб, 64,6%; p<0,05,  $\chi^2=4,77$ ). Різницю в частоті недосягнення КР залежно від тривалості РА можна пояснити тим, що у критеріях ЗР не враховується показник КБС, який є складовою частиною критеріїв КР. Зокрема, у пацієнтів з пізнім РА, навіть за відсутності ознак активного запального процесу, може зберігатися хронічний біль у суглобах, що, ймовірно, зумовлено незапальними механізмами. Водночас на початковому етапі дослідження статистично значущої різниці між групами за КБС, КНС та ВАШ не виявлено (15,6±0,57 vs 16,6±0,59; 9,61±2,03 vs 9,18±0,48; 59,7±1,14 vs 56,6±1,05 відповідно; p>0,05). Частота досягнення КР була зрівняною між групами: 34 (19,6%) у пацієнтів з раннім РА та 29 (15,0%) — з пізнім. Водночас серед пацієнтів, які не досягли КР, 24 (17,2%) у групі раннього РА та 11 (6,7%) у групі пізнього РА відповідали критеріям ЗР (p<0,01;  $\chi^2=9,2$ ).

**Висновки.** Пацієнти з раннім РА частіше досягають лабораторної (запальної) ремісії порівняно з пізнім РА, водночас частота досягнення клінічної ремісії не залежить від тривалості захворювання. Розбіжність між запальним і больовим компонентом суглобового синдрому переважно відзначається

у пацієнтів з пізнім РА, де наявність хронічного болю, ймовірно, зумовлена його хронізацією та переважанням ноципластичного механізму у патогенезі виникнення болю.

#### 41. КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ СЕРОПОЗИТИВНОСТІ ЗА РЕВМАТОЇДНИМ ФАКТОРОМ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СИСТЕМНИМ ЧЕРВОНИМ ВОВЧАКОМ

О.Б. Яременко<sup>1</sup>, Г.О. Проценко<sup>2</sup>,  
В.В. Дубас<sup>2</sup>, Д.І. Коляденко<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

<sup>2</sup> ДУ «ННЦ «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини імені акад. М.Д. Стражеска НАМН України», м. Київ

Ревматоїдний фактор (РФ) не є специфічним лабораторним маркером системного червоного вовчака (СЧВ), проте його часто виявляють у хворих на СЧВ в процесі діагностичного пошуку або в рамках рутинних лабораторних досліджень під час стаціонарного лікування.

**Мета:** вивчити асоціації між РФ-серопозитивністю і клініко-лабораторними характеристиками хворих на СЧВ та доцільність його використання в рутинній клінічній практиці при цьому захворюванні.

**Матеріали та методи.** У дослідження було включено 495 хворих на СЧВ, що перебували під амбулаторним та стаціонарним наглядом співробітників кафедри внутрішньої медицини № 3 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця у період 1994–2023 рр., а також співробітників ДУ «ННЦ «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини імені академіка М.Д. Стражеска НАМН України» у період 2011–2023 рр. Визначення сироваткової концентрації РФ турбідиметричним методом виконано у 206 пацієнтів (41,6%). Серед них 173 жінки (84%) та 33 чоловіки (16%). Середній вік на момент включення в дослідження становив 35 (28–47) років, середня тривалість захворювання — 48 (15–120) місяців. Оцінювали клінічні прояви захворювання, рутинні лабораторні показники та спектр специфічних аутоантител (за наявності відповідних даних у медичній документації). Активність хвороби визначали за шкалою SLEDAI-2k, ступінь незворотних ушкоджень органів за SLICC/ACR damage index (DI) на момент проведення аналізу крові на РФ.

**Результати.** Частота РФ-серопозитивності становила 27,7% (57 пацієнтів). У хворих на СЧВ, серопозитивних за РФ, діагноз встановлювався пізніше, ніж у серонегативних пацієнтів (2 проти 0,5 року; p=0,046). Однак між групами не виявлено суттєвої різниці у частоті встановлення хибного діагнозу ревматоїдного артриту (p=0,364). У жодного з пацієнтів не розвинувся rhus-синдром. У РФ-серопозитивних пацієнтів рідше порівняно з РФ-серонегативними відмічали ураження нирок (42,1 проти 59,4%; p=0,045) і лихоманку (42,1 проти 59,2%; p=0,046), натомість частота лімфадено-

патії була достовірно вищою (59,6 проти 42,3%;  $p=0,039$ ). У групі пацієнтів, позитивних за РФ, порівняно з альтернативною групою виявлено вищі рівні ШОЕ (23 мм/год (13–38) проти 15 (9–28);  $p=0,042$ ), СРБ (7 мг/л (2–12) проти 4 (2–9);  $p=0,049$ ), антинуклеарних антитіл (1280 (640–2560) проти 320 (320–1000);  $p=0,04$ ) та вищу частоту наявності антитіл до Ro/SSA (67,9 проти 42,9%;  $p=0,044$ ) та La/SSB (41,7 проти 13,0%;  $p=0,017$ ). Водночас концентрація РФ не корелювала з активністю захворювання (SLEDAI-2k), індексом ушкодження (SLICC/ACR DI), частотою ураження суглобів та вторинного синдрому Шегрена. Частка пацієнтів з РФ-серопозитивністю та РФ-серонегативністю достовірно не відрізнялася в межах груп пацієнтів з низькою (SLEDAI-2k=1–4), середньою (5–10) та високою (>10) активністю захворювання. За даними однофакторного логістичного регресійного аналізу РФ-позитивність негативно асоціювалася з ураженням нирок, позитивно — з лімфаденопатією та частотою позитивності за антитілами до Ro/SSA та La/SSB.

**Висновки.** У процесі комплексної оцінки стану пацієнта з СЧВ варто враховувати серопозитивність за РФ, яка не відображає активності захворювання, проте є протекторною щодо розвитку люпус-нефриту та позитивно асоціюється з лімфаденопатією та наявністю антитіл до Ro/SSA та La/SSB.

## 42. НІЧНИЙ БІЛЬ ЯК ДИФЕРЕНЦІЙНИЙ КРИТЕРІЙ У СКРИНІНГУ ЗАПАЛЬНОГО БОЛЮ В СПИНІ: ДАНІ ОПИТУВАННЯ ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

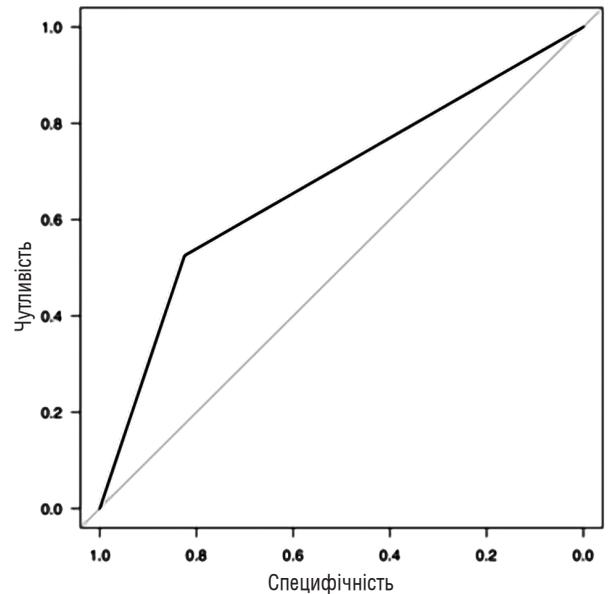
**О.Б. Яременко, А.О. Сидорова,  
Л.Б. Петелицька**

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

Під час сну або тривалого відпочинку у пацієнтів зі спондилоартритом (SpA) біль та скутість у хребті можуть виникати чи посилюватися через накопичення прозапальних цитокінів, що особливо виражено в другій половині ночі. Нічний характер больового синдрому може відігравати важливу роль під час вибору когорти молодих пацієнтів для скрування до ревматолога.

**Матеріали та методи.** За допомогою структурованого опитувальника, що включав 40 пунктів, опитано 2345 дорослих осіб без попереднього діагнозу SpA для оцінки характеристик болю в спині та супутніх симптомів. Запальний біль у спині ідентифікувався на основі критеріїв ASAS (2009). Когорта включала 1311 жінок та 1034 чоловіки; середній вік становив  $37 \pm 15,2$  року. Статистичний аналіз проводився із використанням  $\chi^2$ -тесту та  $t$ -тесту, моделей логістичної регресії та побудови ROC-кривих з метою оцінки діагностичної цінності нічного болю для виявлення запального болю в спині, рівень значущості —  $p < 0,05$ .

**Результати.** Поширеність запального болю в спині (за наявності  $\geq 4$  з 5 критеріїв ASAS) становила 12,3%. Частота нічного болю в цій групі була значно вищою — 54,9% порівняно з його поширені-



**Рисунок.** ROC-крива для оцінки діагностичної точності моделі наявності нічного болю для виявлення запального болю в спині

тю у загальній популяції опитаних (15,9%;  $p < 0,001$ ). Водночас не виявлено суттєвих відмінностей в інтенсивності болю залежно від наявності його протягом ночі (4,28 у осіб з нічним болем проти 4,27 бала за візуально-аналоговою шкалою у загальній популяції;  $p > 0,05$ ).

Аналіз ROC-кривої моделі встановив помірну прогностичну здатність наявності нічного больового синдрому у діагностиці запального болю в спині: AUC=0,675 (95% ДІ 0,644–0,706), специфічність — 82,4%, чутливість — 52,4% (рисунок).

Відповідно до критеріїв ASAS, нічний біль розглядається як характерна ознака запального болю, якщо його вираженість зменшується після пробудження. Наші результати свідчать, що серед осіб із наявністю нічного болю переважає саме цей тип больового синдрому: у 60,9% осіб він зменшується після пробудження, у 39,1% — ні ( $p < 0,001$ ). Також встановлено, що пацієнти з нічним болем частіше зверталися до лікаря (74,9 проти 45,8%;  $p < 0,001$ ), проходили магнітно-резонансну томографію (53,8 проти 27%;  $p < 0,001$ ) та рентгенографію хребта (47,8 проти 24,5%;  $p < 0,001$ ) порівняно з особами без цього симптому.

Серед супутніх симптомів частіше реєструвався біль у сідницях, який був поширенішим в осіб з нічним болем (38,7 проти 20,2% в загальній популяції;  $p < 0,001$ ).

**Висновки.** Нічний біль є важливим диференційно-діагностичним симптомом і має суттєву діагностичну значущість, високу специфічність при виявленні запального типу болю в спині. Цей симптом асоціюється з підвищеною настороженістю пацієнтів, що спонукає їх частіше звертатися до лікаря та проводити інструментальні обстеження. Врахування нічного болю як скринінгового критерію дозволить ефективніше виокремлювати осіб із підозрою на SpA.