

**Національна академія медичних наук України  
Міністерство охорони здоров'я України  
Асоціація ревматологів України  
Державна установа «Національний науковий центр  
«Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України»  
Інститут травматології та ортопедії НАМН України  
Інститут патології хребта та суглобів імені М.І. Ситенка НАМН України  
Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України**

## **VII НАЦІОНАЛЬНИЙ КОНГРЕС РЕВМАТОЛОГІВ УКРАЇНИ**

**18–20 жовтня 2017 р.  
Київ**

озрою на подагру, в тому числі при недиференційованому гострому артриті.

Метод також визначає подагричне ураження позасуглобових структур досліджуваних ділянок опорно-рухового апарату. Можливе застосування методу для контролю за уратзнижувальним лікуванням (Патент України 67036; опубліковано 21.01.2012 р., бюл. № 2/2012).

### ОСОБЛИВОСТІ КОМОРБІДНИХ ПРОЦЕСІВ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ ТА ЇХ ВПЛИВ НА РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ

**Л.О. Волошина, Л.О. Гавриш**

*ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», Чернівці*

Остеоартроз (ОА) — найпоширеніше вікзалежне захворювання опорно-рухового апарату з високим рівнем коморбідних процесів, які ускладнюють перебіг, лікування ОА, призводять до вимушеної поліпрагмазії та частих проявів побічних ефектів від лікарських засобів тощо.

**Мета:** проаналізувати вікові та гендерні особливості формування коморбідності у хворих на ОА I–III стадії та визначити особливості лікувально-профілактичної тактики лікарів щодо коморбідності.

**Методи дослідження.** Обстежено 312 пацієнтів із первинним ОА віком 37–76 років, серед яких переважали особи з II стадією захворювання (n=282 (90,4%)). Діагноз ОА встановлений згідно з рекомендаціями EULAR (2010) та Наказом МОЗ України від 12.10.2006 р. № 676 «Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим ревматологічного профілю»; коморбідні захворювання — згідно з відповідними протоколами МОЗ України та підтверджені профільними фахівцями.

**Результати.** Усіх хворих розподілили на вікові групи: 1-ша — до 50 років, 2-га — 51–60 років, 3-тя — старше 61 року. Співвідношення кількості жінок до чоловіків становило 8,4:1,6.

У жінок ОА виявлявся у молодшому віці, мав вираженішу клінічну симптоматику, швидші темпи прогресування, а діагностована коморбідна патологія була чисельнішою та вираженішою порівняно з чоловіками. Серед коморбідних процесів переважали хвороби серцево-судинної системи (артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, серцева недостатність), ураження травного тракту (холецисто-, панкреато-, гастродуодено-, ентероколіїти) на тлі різних ступенів ожиріння чи надмірної маси тіла. У 18,9% випадків на цьому фоні нахворювався цукровий діабет 2-го типу та у 18,26 гіпотиреоз (4,48% — маніфестна форма, 13,78% — субклінічна).

Загалом кількість коморбідних захворювань у віковій групі до 50 років була в межах 2–3, 51–60 років — 4–6, старше 60 років — 6–8 нозологій, які спричиняли зростання рівнів кардіоваскулярного та гастроінтестинального ризиків. Збільшення тягаря коморбідних захворювань ускладнювало морбідний маршрут: у віковій групі до 50 років — ревматолог, зрідка кардіолог, гастроентеролог; у віковій групі 51–60 років — ревматолог, кардіолог, гастроентеролог, ендокринолог; старше 60 років — конкурентні маршрути: ревматолог, кардіолог; додаткові — гастроентеролог, невропатолог, ендокринолог тощо. Кількість візитів до різних спеціалістів упродовж року зростала відносно зазначених груп з 2–3 до 8–10.

Зі зростанням тривалості лікування та віку пацієнта виявлено поступове зниження комплаєнсу хворих до протиревматичної терапії, що частково було зумовлене впливом коморбідної патології, особливо серцево-судинної, та вимушене підвищення комплаєнсу до кардіологічної, антидіабетичної групи лікарських засобів. Таке зростання коморбідності спричиняло торпідність перебігу ОА, вимагало пошуку вдосконалених схем лікування, узгодження сумісності лікарських засобів, посиленню протидії виникненню побічних ефектів тощо.

**Висновок.** У хворих на ОА з віком зростає кількість та вираженість коморбідних захворювань, що ускладнюють реалізацію комплексного лікування основної та коморбідних недуг, потребують координації зусиль команди фахівців, здорожують рівень медичної опіки.

### З'ЯЗОК СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ МІОКАРДА З ПЕРЕБИГОМ ЗАХВОРЮВАННЯ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

**О.Ю. Галютіна, С.В. Шевчук, О.А. Бичак**

*Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова*

*Вінницька обласна медико-соціальна експертна комісія № 1*

У хворих на ревматоїдний артрит (РА) кардіоваскулярна патологія займає провідне місце в ревматології. Згідно з сучасними уявленнями, РА розглядають як незалежний фактор кардіоваскулярного ризику. При цьому причини підвищення смертності від серцево-судинних ускладнень у пацієнтів з РА остаточно не з'ясовані. Одним із чинників раннього атерогенезу у цієї категорії пацієнтів може бути висока активність хронічного автоімунного запального процесу з гіперцитокінемією.

**Мета:** вивчити структурно-функціональний стан міокарда лівих відділів серця у хворих на РА та його зв'язок із маркерами запалення.

**Методи дослідження.** Обстежено 102 хворих на РА (79 жінок і 23 чоловіки, середній вік — 45,9±9,2 року). Діагноз РА встановлювали на основі АКР-критеріїв (1987). Контрольну групу становили 35 осіб відповідного віку та статі. Вміст фактора некрозу пухлини (ФНП)-α, С-реактивного протеїну (СРП) визначали імуноферментним методом. Ехокардіографію (ехоКГ) проводили за стандартною методикою з використанням апарата «SonoAce 6000 С», фірми «Medison» із частотою датчика 2,5–3,5 МГц.

**Результати.** У хворих на РА виявили достовірне підвищення індексу маси міокарда лівого шлуночка (ІММЛШ), погіршення його скоротливої здатності (зменшення фракції викиду (ФВ ЛШ) та діастолічну дисфункцію лівого шлуночка (зменшення співвідношення Е/А)) порівняно з групою контролю. Результати аналізу показників ехоКГ залежно від активності запального процесу свідчать, що у хворих на РА з високим вмістом ФНП-α були достовірно вищий ІММЛШ та менші середні значення ФВ ЛШ і співвідношення Е/А. Встановлено наявність достовірних прямих кореляційних зв'язків між СРП, ФНП-α з індексом ІММЛШ. ФВ ЛШ та Е/А негативно корелювали із зазначеними маркерами запалення.

**Висновки.** У хворих на РА встановлено підвищення ІММЛШ порівняно з групою контролю. Структурно-морфологічні показники серця у хворих на РА асоціювалися з маркерами запалення, а саме з СРП, ФНП-α.