

дичного характеру (81,2%), набряком уражених суглобів та періартикулярних тканин (76,5%), а також відчуттям ранкової скутості — у дітей з ЮРА (40,6%). У дітей з РАП зазвичай відзначали моно-артрит (91,6%), в той час як для дітей з ЮРА більш характерне множинне ураження суглобів у вигляді оліго- та поліартриту (57,1%). Лабораторна характеристика артриту свідчила про активність запального процесу, що проявлялася підвищенням вмісту С-реактивного протеїну, як у дітей з ЮРА (8,4±1,2 г/л), так і у пацієнтів з РАП (6,9±0,8 г/л). Результати експрес-діагностики встановили, що у 13 (46,4%) хворих на ЮРА виявлено позитивні показники анти-МЦВ, а у 2 (7,1%) пацієнтів визначався позитивний РФ у капілярній крові. У дітей з РАП позитивний анти-МЦВ виявлено у 3 (8,3%) пацієнтів та у жодної дитини не визначався РФ. За результатами визначення рівня анти-МЦВ в сироватці крові у дітей з ЮРА та РАП встановлено, що у пацієнтів з ЮРА цей показник (27,8±3,6 Од/мл) достовірно перевищував значення дітей з РАП (12,1±1,4 Од/мл,  $p < 0,05$ ). Нами також встановлено, що результати експрес-методу визначення анти-МЦВ практично зіставні з показниками вмісту анти-МЦВ у сироватці крові дітей, хворих на ЮРА.

**Висновки.** З метою диференційної діагностики суглобового синдрому у дітей доцільно визначати вміст анти-МЦВ у крові. Експрес-метод визначення анти-МЦВ та РФ («Rheumachec», «Organtec», Німеччина) дозволяє покращити та значно прискорити верифікацію суглобового синдрому у дітей та може використовуватися для діагностики ЮРА.

### ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ БАЗИСНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЮВЕНІЛЬНОМУ РЕВМАТОЇДНОМУ АРТРИТІ

**В.М. Дудник, Ю.В. Вижга**

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова*

Ефективність фармакотерапії ювенільного ревматоїдного артриту (ЮРА) визначається шляхом досягнення та підтримки клініко-лабораторної ремісії, що можливо за умов пригнічення запальної та імунологічної ланок патогенезу, купірування небезпечних для життя системних проявів захворювання, запобігання розвитку деструктивних процесів у суглобах, інвалідації хворих та ятрогенних впливів. Незважаючи на активну терапію, до 25 років життя у 30% пацієнтів, які захворіли на ЮРА у ранньому віці, зберігається висока активність запального процесу.

Під динамічним 6-місячним спостереженням знаходилось 68 дітей з ЮРА із тривалістю захворювання 18,2±1,3 міс, які перебували на лікуванні у Вінницькій, Житомирській та Хмельницькій обласних дитячих лікарнях.

**Мета і методи дослідження.** Оцінити ефективність базисної терапії (БТ) ЮРА за 6 міс лікування. Як БТ застосовували метотрексат (32 дитини), сульфасалазин (25 пацієнтів) та лефлуномід (у 11 дітей). Верифікацію діагнозу проводили згідно з чинним наказом МОЗ України від 22.10.2012 р. № 832, пацієнтів обстежували за критеріями активності захворювання Американського коледжу ревматологів (АКР) та з ви-

значенням вмісту інтерлейкіну (ІЛ)-1 $\beta$ , ІЛ-6, нуклеарного фактора-кВ (NF-кВ) у сироватці крові.

**Результати.** Нами спостерігалася висока клінічна ефективність фармакотерапії за 6 позиціями з 8 досліджуваних у дітей 1-ї групи, які як хворобомодифікуючий протиревматичний препарат (ХМПРП) отримували метотрексат. Так, кількість болісних суглобів у дітей зменшилася на 24,2±2,8%, достовірно нижчими стали індекси болю — на 23,7±2,1%, оцінки загального стану, на думку пацієнта — на 16,6±1,9% та лікаря — на 12,8±1,8%, а також суттєво знизилась лабораторні показники активності запального процесу — ШОЕ — на 35,4±4,9% та вміст СРП — на 30,8±3,7%. У дітей 2-ї групи динаміка спостерігалась за 4 показниками з 8, а саме загальними оцінками стану за версією пацієнта та лікаря — на 15,5±1,1 та 11,3±1,6% відповідно, та показниками лабораторної активності — ШОЕ (31±3,3%) та вмістом СРП (18,5±3,1%). У дітей 3-ї групи, де ХМПРП був лефлуномід, зміни встановлено за 5 показниками з 6: оцінки болю (27,3±3,15), загального стану за версією пацієнта та лікаря (26,1±3,8 та 23,9±6,2%), ШОЕ (14,4±5,7%) та вмісту СРП (21,2±2,2%). За 6 міс БТ серед дітей 1-ї групи, які отримували метотрексат, ефективність фармакотерапії на рівні АКР 30 досягнута у 17 (53,1%) пацієнтів, серед дітей, які отримували сульфасалазин та лефлуномід, у 11 (44%) та 5 (45,4%) пацієнтів відповідно. Терапевтична відповідь на рівні АКР 50 одержана у 7 (21,9%) дітей на БТ метотрексатом, а також у 2 (8%) та 1 (9%) пацієнтів на БТ сульфасалазином та лефлуномідом. Пригнічення активності запального процесу у дітей 1-ї групи проявлялося зниженням показників ІЛ-1 $\beta$  (на 38,7±3,7%) та особливо ІЛ-6 (на 36,3±3,8%), що перевершувало показники у дітей 2-ї (28,5±3,5%) і 3-ї (29,1±5,1%) груп. Динаміка вмісту NF-кВ була максимальною на фоні терапії метотрексатом (на 43,4±8,5%) та перевищувала показники інших двох груп у 2 рази.

**Висновки.** Таким чином, показана висока ефективність застосування метотрексату як базисного препарату для лікування ЮРА, на рівні АКР 50 (21,9%) та зниження вмісту прозапальних цитокінів (ІЛ-1 $\beta$  на 38,7±3,7% та ІЛ-6 на 36,3±3,8%), NF-кВ (на 43,4±8,5%) порівняно з пацієнтами із застосуванням сульфасалазину та лефлуноміду.

### АУТОАНТИТІЛА ПРИ ОСТЕОАРТРОЗІ ТА МЕТАБОЛІЧНОМУ СИНДРОМІ

**Л.Н. Єфременкова, І.Г. Кольцова, А.П. Боровик, В.В. Ключко, К.С. Ковалевська**  
*Одеський національний медичний університет*

Актуальність проблеми остеоартрозу (ОА) при метаболічному синдромі (МС) зумовлена частим їх поєднанням, негативним впливом на якість і тривалість життя, поліморбідністю, що ускладнює підбір адекватної терапії, та необхідністю тривалого і високоартісного лікування.

**Мета:** вивчення рівнів лептину, інсуліну, С-реактивного білка, наявності аутоантитіл (антинуклеарних (АНА), антимітохондріальних, антиендотеліальних) та особливостей перебігу ОА при МС.

**Методи дослідження.** Обстежено 34 хворих із МС, 14 чоловіків і 20 жінок, середній вік —  $56,4 \pm 2,5$  року. Проводили загальноклінічне дослідження, а також визначення рівнів інсуліну, лептину, С-реактивного білка, наявності аутоантитіл (АНА, антимітохондріальних, антиендотеліальних). Діагноз МС встановлювали за критеріями ВОЗ. Діагноз ОА встановлювали за критеріями Л.І. Беневоленської. Контрольну групу становили 34 хворих із МС без ОА. Рівень лептину, інсуліну, С-реактивного білка визначали імуноферментним методом. Індекс НОМА визначали за співвідношенням рівнів інсуліну та глюкози. Наявність аутоантитіл у досліджуваній групі визначали за допомогою імунофлюоресцентного методу.

**Результати.** Виявлено, що у хворих досліджуваної групи порівняно з контрольною групою при зіставному рівні інсуліну ( $16,5 \pm 0,19$  та  $15,9 \pm 0,20$  мкМЕ/мл відповідно) та індексу НОМА ( $4,9 \pm 0,3$  та  $4,5 \pm 0,2$  відповідно) достовірно вищі рівні лептину (як у чоловіків ( $7,5 \pm 0,3$  та  $6,1 \pm 0,4$  нг/мл відповідно), так і в жінок ( $16,9 \pm 0,4$  та  $14,7 \pm 0,5$  нг/мл відповідно) та С-реактивного білка ( $3,6 \pm 0,05$  та  $2,2 \pm 0,07$  мг/л відповідно).

У хворих досліджуваної групи виявлені аутоантитіла: у 6 антинуклеарні, у 1 — антимітохондріальні та у 12 — антиендотеліальні. Таким чином, аутоантитіла різних типів виявлені у 19 (55,9%) із 34 хворих досліджуваної групи. АНА асоціювалися з наявністю синовіту колінних та дрібних суглобів кистей (у 5 з 6 хворих із АНА). Наявність антимітохондріальних антитіл асоціювалася із періодичним підвищенням рівнів ферментів (АсАТ, АлАТ, ГГТП). Наявність антиендотеліальних антитіл асоційована з наявністю мікроангіопатій (ураження сітківки та мікроальбумінурія). Рівень С-реактивного білка становив у групі з АНА  $6,4 \pm 0,3$  мг/л, за наявності антимітохондріальних антитіл —  $5,5$  мг/л, за наявності антиендотеліальних антитіл —  $2,3 \pm 0,1$  мг/л. У контрольній групі аутоантитіла виявлені у 2 хворих (5,9%) (в обох випадках антиендотеліальні).

Протягом наступного року спостереження у групі хворих з ОА при МС та наявністю аутоантитіл синовіти спостерігались у 7 (36,8%) хворих. За відсутності аутоантитіл синовіт виявляли у 2 (13,3%) з 15 хворих, що достовірно рідше.

**Висновки.** Таким чином, ОА при МС характеризується високим рівнем лептину та С-реактивного білка, частим виявленням аутоантитіл різних типів, що відіграють роль в ураженні органів-мішеней (мікроангіопатії, цитолітичний печінковий синдром). Наявність аутоантитіл асоційована з більш частим розвитком синовіту, що сприяє прогресуванню ураження суглобового хряща при ОА.

### КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З АРТРОЗОМ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ І ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ II СТАДІЇ

*Р.М. Заворітна*

*ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска»  
НАМН України», Київ*

Проблеми лікування деформуючого артрозу до сьогодні залишаються актуальними і пошук адекватних методів терапії заслуговує пильної уваги

з боку клініцистів. Згідно з сучасними поглядами деформуючий артроз є поліетіологічним захворюванням. Відомо, що залежно від ступеня дегенеративно-дистрофічних процесів існує три стадії деформуючого артрозу. Фізіотерапія показана на всіх трьох стадіях. Цілком виправдано призначення таким хворим на фоні медикаментозної терапії фізичних методів, які б діяли позитивно на всіх ланках патологічного процесу і потенціювали дію фармацевтичних препаратів, а також усували їх побічну дію. Розширення компетенції лікаря у використанні природних факторів у комплексному лікуванні цих хворих може послужити на благо пацієнтам. Фізіотерапія активує процеси саногенезу, що суттєво покращує загальний стан хворого, стимулює імуногенез, кровообіг, центральну саморегуляцію на рівні цілісного організму. Фізичні фактори, як правило, не викликають побічних дій при адекватній дозі. За останні роки широко застосовується бішофітотерапія при цілому ряді захворювань. Полтавський бішофіт відомий в Україні 15 років. Вперше бішофіт був відкритий німецьким ученим Бішофом і є мінералом реліктового походження. За своїм складом він нагадує внутріклітинне середовище людського організму. Загальна мінералізація до 400 г/л, куди входять: магній, калій, кальцій, йод і цілий ряд мікроелементів (селен, кремній, марганець, мідь, залізо...). У сучасних умовах розроблені показання для комплексної реабілітаційної терапії на базі стаціонарних поліклінічних і санаторно-курортних закладів. Одержані позитивні результати застосування полтавського бішофіту в кардіології, гастроентерології, ревматології, травматології.

Проведені експериментальні та клінічні дослідження, які встановили біохімічно зумовлений ефект при гіпертонічній хворобі, а також при захворюваннях суглобів. Під спостереженням перебували 43 хворих віком 48–69 років із діагнозом гіпертонічна хвороба II стадії та деформуючий артроз колінних суглобів. На фоні медикаментозної терапії хворі приймали бішофітні ванни, 100 мл бішофіту на одну ванну, температура  $36-38$  °C 10–15 хв через день, або 2 дні підряд з одним днем відпочинку, всього 7–10 ванн. Магнітотерапію на кінцівки хворі приймали на апараті «Алимп». Особливість методики комплексного лікування полягала в тому, що перед магнітотерапією наносився гель — бішофіт на нижні кінцівки, після чого проводилася магнітотерапія. Через 1–2 год відпускалися ванни. Під час перебування в стаціонарі хворі отримували базове медикаментозне лікування, а також сегментарний масаж. Слід зазначити що 85% хворих позитивно перенесли комплекс лікування без побічних дій, відзначали зниження артеріального тиску, покращання загального стану, зменшення вираженості болю в ділянці колінних суглобів, їх набряків, деформації. Після виписки зі стаціонару хворим рекомендовано продовжувати лікування в домашніх умовах а саме: ванну з бішофітом через день, до 21 ванни, магнітотерапію апаратом МАГ (для домашнього користування) і аплікації гелю-бішофіту перед процедурами. При повторній госпіталізації хворі відзначали позитивну динаміку в лікуванні: артеріальний тиск мав тенденцію до зниження, нормалізувався сон, покращувався загальний стан (підвищувалась працездатність),