

вучи те, що шкала MMSE дещо обмежена у точності визначення параметрів пам'яті, було використано для оцінки короткочасної та довготривалої пам'яті методики Лурія. При визначенні особливостей структури порушень пам'яті встановлено, що як у разі наявності лише РА, так і при поєднанні з ГХ II стадії, у пацієнтів із РА частіше, ніж у пацієнтів із ГХ II стадії та у здорових осіб, реєструють порушення як короткотривалої, так і довготривалої пам'яті ($p < 0,01$). Короткочасна пам'ять у пацієнтів без РА була знижена у 6% обстежених, у пацієнтів з РА у 2 рази частіше — у 13,7% пацієнтів, у 1-й групі вона становила $8,4 \pm 1,7$ слова, у 2-й — $8,9 \pm 1,5$ слова, що в обох випадках відповідає нормі. Більш виражені порушення реєстрували з боку довготривалої пам'яті, яка була знижена у 38,1% хворих на РА ($5,8 \pm 1,9$ слова) і у 24% осіб групи контролю ($7,6 \pm 1,5$ слова). Показники пам'яті та КП залежать від показників клініко-лабораторної активності. Встановлено негативний кореляційний зв'язок між показниками як короткотривалої пам'яті, так і довготривалої з гострофазовими показниками крові — рівнями швидкості осідання еритроцитів, С-реактивного білка, боєм відповідно до візуально-аналогової шкали та індексом DAS 28 ($p < 0,01$).

Отримані висновки. Для хворих на РА притаманне часте виявлення КП (68%). Наявність ГХ не визначає частоти порушень когнітивної сфери (27%). У хворих на РА переважають легкі та помірні КП. Частота і тяжкість КП пов'язані з віком: частіше виявляються в осіб похилого віку. У структурі КП домінують порушення уваги, рахунку, довготривалої пам'яті та конструктивного гнозису. Частота і вираженість КП та пам'яті пов'язані із тривалістю та активністю РА, інтенсивністю болю у суглобах.

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ОРОДИСПЕРГОВАНОГО МЕЛОКСИКАМУ З ПЕРОРАЛЬНОЮ ФОРМОЮ МЕЛОКСИКАМУ У ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ БОЛЮ В НИЖНІЙ ДІЛЯНЦІ СПИНИ

А.С. Крилова

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Київ

Лікування хворих із синдромом болю в нижній ділянці спини на сьогодні залишається актуальною медико-соціальною проблемою, в основі якої лежить застосування немедикаментозних заходів та призначення адекватної фармакотерапії.

Мета: порівняти та оцінити дві форми мелоксикаму (ородисперговану та пероральну) у хворих із боєм у нижній ділянці спини.

Методи дослідження. У дослідження було включено 40 пацієнтів із боєм в нижній ділянці спини. Тривалість захворювання становила 10,00 (IQR 5,00–20,00) року. Усіх учасників дослідження розподілили на групи залежно від призначеної терапії. Пацієнти 1-ї групи приймали ородиспергований мелоксикам у дозі 15 мг сублінгвально, 2-ї групи — таблетований пероральний мелоксикам в дозі 15 мг 1 раз на добу після прийому їжі протягом 10 днів. Були застосовані такі методи досліджень: загальноклінічні — збір скарг та анамнезу, об'єктивне обстеження, анкетні (заповнення пацієнтами адаптованих опитувальників ВАШ, Освестрі, Мак-Гілла, Роланда — Морріса), лабораторні: показники ліпідного обміну (холестерин), вуглеводного обміну (глюкоза крові), печінкові маркери (білірубін, аланінамінотрансфера-

за, аспартатамінотрансфераза), креатинін, сечова кислота у крові, С-реактивний білок, інструментальні (рентгенологічне дослідження поперекового відділу хребта), методи біомедичної статистики та комп'ютерні програми для статистичного аналізу та обробки даних «SPSS Statistics 20» («IBM», США).

Результати. Встановлено статистично достовірне зниження показників опитувальників Освестрі на 38,8% у 1-й групі та на 40% — у 2-й, Роланда — Морріса на 33 та 34% в 1-й та 2-й групі відповідно. Показники опитувальника Мак-Гілла — ранговий індекс болю знизився на 24% у 1-й групі та на 26% — у 2-й, а кількість вибраних слів — на 16,6 та 20% у 1-й та 2-й групі відповідно. Відзначено статистично достовірне зниження рівнів С-реактивного білка в обох групах: у 1-й групі на 30%, у 2-й групі — на 32%, що може свідчити про зниження запальної відповіді, а також, що групи зівставні за ефективністю. Не відзначено динаміки лабораторних показників ліпідного обміну, білірубіну, печінкових маркерів, креатиніну в жодній із груп, які в більшості пацієнтів були в межах норми до включення в дослідження. Проте анальгезивний ефект за шкалою ВАШ настав швидше (уже через 2 год) в учасників 1-ї групи, де застосовували ородисперговану форму мелоксикаму, що, можливо, пов'язано зі швидшим всмоктуванням цієї форми в порожнині рота.

Висновки. У ході дослідження як ородиспергованої форми мелоксикаму, так і перорального таблетованого виявлено статистично достовірне зниження показників опитувальників Освестрі, Роланда — Морріса, Мак-Гілла через 10 днів. Через 10 днів дослідження обох форм препарату відзначено статистично достовірне зниження рівнів С-реактивного білка у плазмі крові. Дослідження безпеки препаратів через динаміку лабораторних показників, а саме ліпідного обміну, білірубіну, печінкових маркерів, креатиніну, показало відсутність негативних змін, що свідчить про безпечне застосування у пацієнтів із супутньою патологією. До переваг ородиспергованої форми мелоксикаму слід віднести більш швидкий ефект, а саме, зменшення вираженості болювого синдрому в перші 2 год застосування, в той час як при застосуванні перорального таблетованого мелоксикаму — через 6 год.

СТАТЕВІ ТА ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ РІВНЯ РОЗЧИННОГО ТРОМБОМОДУЛІНУ У ХВОРИХ НА РІЗНІ ВАРІАНТИ АНТИФОСФОЛІПІДНОГО СИНДРОМУ

І.П. Кувікова¹, С.В. Шевчук²

¹Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, Вінниця

²Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Відомо, що рівень розчинного тромбомодуліну достовірно зростає у пацієнтів з атеросклеротичним ураженням судин, при гіпертонічній хворобі, ішемічній хворобі серця, цукровому діабеті 2-го типу, атеросклерозі церебральних та периферичних судин. У хворих на системний червоний вовчак (СЧВ) також відзначають зростання тромбомодуліну в сироватці крові, який корелює з активністю процесу за індексом SLEDAI, ШОЕ, рівнем антинуклеарних антитіл, ураженням нирок. Досліджень, присвячених вивченню концентрації тромбомодуліну у пацієнтів із антифосфоліпідним синдромом (АФС), не проводилось.

Мета: дослідити вміст розчинного тромбомодуліну в сироватці крові хворих на різні варіанти АФС та зіставити їх за віком, статтю і тривалістю захворювання.

Методи дослідження. Обстежено 82 хворих, серед яких 34 (41,6%) пацієнти з первинним антифосфоліпідним синдромом (ПАФС) та 48 (58,4%) — зі вторинним антифосфоліпідним синдромом (ВАФС). Контрольну групу становили 37 осіб, зіставних за віком, статтю. Діагноз АФС встановлювали на основі міжнародних класифікаційних критеріїв 2006 р. (Myakis S., 2006). СЧВ верифікували на основі критеріїв ACR (1997) і формулювали згідно з класифікацією, рекомендованою Асоціацією ревматологів України (2006). Лабораторна оцінка антитіл до фосфоліпідів (аФЛ) включала визначення антитіл до кардіоліпіну (аКЛ) ізо типу IgG та сумарних антитіл до β_2 -глікопротеїну-1 (β_2 -ГП-1). Вміст антикардіоліпінових антитіл ізо типу IgG визначали імуноферментним методом з використанням комерційного набору фірми «Trinity Biotech Captia», США — Ірландія. Вміст β_2 -ГП-1 класів IgG, IgA, IgM визначали імуноферментним методом з використанням комерційного набору фірми «ORGenTec GmbH», Німеччина; вміст розчинного тромбомодуліну (sCD141) — за набором «Human CD141 ELISA» (Diaclone, France). Оптимальним вважали рівень тромбомодуліну <4 нг/мл ($<P_{75}$), гранично високим — $4-5$ нг/мл ($P_{75}-P_{95}$), високим — >5 нг/мл ($>P_{95}$).

Результати. Встановлено, що вміст тромбомодуліну у групі контролю становив $3,20 \pm 0,18$ нг/мл і у 81% осіб був оптимальним. У пацієнтів із АФС за середніми величинами рівень тромбомодуліну достовірно перевищував такий у контролі — на 51,3% і становив $4,84 \pm 0,20$ нг/мл. Виявилось, що серед пацієнтів з АФС лише у 39% осіб вміст тромбомодуліну був <5 нг/мл, а у 46,3% пацієнтів >5 нг/мл (порівняно з 5% у контролі). Серед хворих на ВАФС частка осіб з оптимальним рівнем тромбомодуліну була в 1,6 раза меншою, ніж серед хворих на ПАФС, а частка хворих з високим рівнем цього показника (>5 нг/мл) — в 1,7 раза більшою. За середніми величинами вміст тромбомодуліну у хворих на ВАФС був достовірно вищим на 26%, ніж у хворих на ПАФС. Аналіз показав, що між чоловіками та жінками в групах хворих на ПАФС та ВАФС немає відмінностей щодо рівня досліджуваного білка в сироватці крові. Рівень тромбомодуліну також суттєво не залежав від віку і тривалості захворювання.

Висновки. Таким чином, підвищення рівнів ендотеліну-1 має місце у 56,3% хворих на ВАФС, 32,4% хворих на ПАФС і лише у 5,4% осіб контрольної групи. Рівень досліджуваного білка не залежить від віку, статі та тривалості захворювання.

КОНТРОЛЬ ЗА ЛІКУВАННЯМ ПАЦІЄНТІВ З ПОДАГРОЮ В ПОЄДНАННІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ НА ЕТАПІ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ

А.П. Кузьміна, О.М. Лазаренко

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», Кривий Ріг

Мета: проаналізувати ефективність терапії, яку призначає лікар загальної практики пацієнтам з подагрою в поєднанні з артеріальною гіпертензією для досягнення цільового рівня сечової кислоти, контролю артеріального тиску та профілактики повторних загострень подагри на етапі первинної ланки.

Методи дослідження. Проводилося соціологічне опитування серед лікарів загальної практики — сімей-

ної медицини (n=45) за спеціально розробленою анкету. Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою програми STATISTICA 6.1.

Результати. В опитуванні взяли участь 40 (88,9%) жінок та 5 (11,1%) чоловіків віком 25–60 років, середній вік — $44 \pm 9,1$ року. Середня тривалість стажу роботи становила $15 \pm 10,1$ року (1–30 років). Середнє навантаження — 4,8 пацієнтів за годину.

Заданими дослідження більшість пацієнтів, для досягнення цільового рівня сечової кислоти (<360 мкмоль/л) приймають алопуринол. На жаль, менше ніж у половини пацієнтів досягається цільовий рівень сечової кислоти, що, за даними опитування, пов'язано з нерегулярним прийомом цього препарату (лише при погіршенні стану або в період між нападами). У більшості випадків призначається доза алопуринолу 300 мг/добу, але, за даними літератури (Aslam F., Michet C., 2017), ця доза дозволяє досягти цільового рівня сечової кислоти лише у 50% пацієнтів, саме тому необхідно продовжувати титрування дози до максимально можливої — 800 мг/добу.

Для профілактики загострень подагри сімейні лікарі призначають колхіцин протягом 6 міс після останнього спалаху. Менше половини пацієнтів продовжують приймати колхіцин через 1 міс після останнього загострення.

Згідно з результатами опитування, у пацієнтів з подагрою в поєднанні з артеріальною гіпертензією для контролю артеріального тиску сімейні лікарі у 80% випадків призначають сартани (лозартан, валсартан, телмісартан), у 13,3% випадків — інгібітори АПФ (раміприл, еналаприл, лізиноприл), у 6,7% випадків — антагоністи кальцію (амлодипін, лерканідипін). У більшості пацієнтів досягаються оптимальні показники артеріального тиску. Ця лікувальна тактика лікарів загальної практики відповідає останнім рекомендаціям Європейської антиревматичної ліги 2016 р.

Висновки. У менше ніж половини пацієнтів досягається цільовий рівень сечової кислоти в результаті нерегулярного застосування алопуринолу та недостатнього титрування дози. Значна частина хворих припиняє профілактичний прийом колхіцину через 1 міс після останнього загострення. Є необхідність підвищення поінформованості пацієнтів щодо необхідності довготривалого лікування, перебігу їхнього захворювання, коморбідних станів, ускладнень та ризиків, які можуть виникнути внаслідок нерегулярного лікування.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОДАГРИ ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ С-РЕАКТИВНОГО ПРОТЕЇНУ

А.П. Кузьміна, О.М. Лазаренко

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», Кривий Ріг

Мета: визначити основні особливості перебігу подагри у пацієнтів, які мають різні показники рівня С-реактивного протеїну (СРП).

Методи дослідження. Обстежено 50 хворих (чоловіки) з достовірним діагнозом подагри (згідно з критеріями Європейської антиревматичної ліги 2015 р.), середній вік яких становив $52,5 \pm 2,6$ року. Визначення концентрації СРП проводили твердофазним імуноферментним методом із застосуванням реактивів фірми «Дако» (Данія). До групи контролю увійшли 20 практично здорових осіб, репрезентативних у віковому і статевому складі. Статистичний аналіз проводили за допомогою пакета прикладних програм STATISTICA 6.1.