

критеріїв (2006) (Myakis S. et al., 2006). ПАФС верифікувався у пацієнтів за відсутності ознак інших захворювань. Діагноз СЧВ встановлювали за допомогою діагностичних критеріїв Американської колегії ревматологів (1997) (Hochberg M.C., 1997).

Лабораторна оцінка, окрім рутинних методів дослідження активності запального процесу, включала визначення в сироватці крові імуноферментним методом вмісту СРБ та інтерлейкіну-6 із використанням стандартних наборів фірм «ИМТЕК» (Росія), «IMMUNOTECH» (Франція).

Результати. Вміст СРБ у здорових осіб в середньому становив $5,04 \pm 0,23$ мг/л і у 70,3% осіб його рівень був нормальним. У хворих із ПАФС реєстрували більш високі рівні СРБ. Так, за середніми величинами цей показник у пацієнтів із ПАФС перевищував такий у контролі на 15%. У хворих з ВАФС середня концентрація СРБ становила $7,31 \pm 0,38$ мг/л і була достовірно вищою не лише за такий у контрольній групі, а також і в групі пацієнтів із ПАФС (на 45 та 26% відповідно). В цілому в групі пацієнтів із ВАФС лише третина (33,3%) пацієнтів мали нормальний рівень СРБ, 18,7% — помірно високий і 47,9% — високий. Серед пацієнтів з АФС з ураженням серцево-судинної системи лише у 36,9% осіб вміст СРБ був $< 5,9$ мг/л, а у 50,6% пацієнтів — $> 7,0$ мг/л, тоді як серед хворих без клінічних проявів атеросклеротичного ураження судин нормальний рівень СРБ був у 70,6% обстежених, високий — у 29,4% осіб. Детальний аналіз концентрації СРБ показав, що у хворих з ішемічним інсультом та ІМ середній рівень СРБ достовірно на 21% був вищим, ніж у хворих із транзиторною ішемічною атакою (ТІА) та стенокардією. Серед хворих з інсультами та ІМ частка осіб з нормальним рівнем СРБ була на 29% меншою, ніж серед хворих із ТІА та стенокардією, а частка хворих із високим рівнем цього показника — на 32,9% більшою, виявлені відмінності достовірні.

Аналіз показав, що у пацієнтів із ПАФС, а особливо з ВАФС, наявне значне підвищення середньої концентрації ФНП- α (на 27,4 та 20,0% відповідно) порівняно з контролем. Кількість осіб з нормальним рівнем ФНП- α серед здорових осіб становила 73%, в той час як серед хворих з ПАФС — 58%, а серед осіб з ВАФС — лише 27%. Частка осіб з високим рівнем цього цитокіну достовірно зростала з 10,8% у контрольній групі до 26,5% — серед хворих із ПАФС і 58% — серед хворих із ВАФС. Нами не виявлено достовірних відмінностей за середнім рівнем ФНП- α та при його ранжируванні між хворими без клінічних проявів ураження серцево-судинної системи та хворими з ураженнями судин, хоча кількість осіб з помірно високими та високими цифрами цього показника серед останніх була дещо більшою. Однак встановлено, що у хворих з ІМ та ішемічним інсультом вміст ФНП- α в сироватці крові був достовірно вищим (на 34,8), ніж у хворих з ТІА та стенокардією. Підвищені рівні ФНП- α в останній групі виявлялись у 36,9% і були достовірно нижчими, ніж у групі з ІМ та ішемічним інсультом, де частка пацієнтів із високим рівнем ФНП- α сягала 61%.

Висновки. У хворих із ПАФС, а особливо з ВАФС відзначено підвищення маркерів запального проце-

су в сироватці крові. Рівні СРБ та ФНП- α можуть бути ранніми маркерами атеросклеротичного ураження серця та судин і предикторами серцево-судинних катастроф.

ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ ЛІПІДНОГО СПЕКТРА У ПАЦІЄНТІВ ІЗ АНТИФОСФОЛІПІДНИМ СИНДРОМОМ ТА ЇХ ЗВ'ЯЗОК З ІНДИВІДУАЛЬНИМ РИЗИКОМ ІШЕМІЧНИХ ПОДІЙ ЗА ШКАЛОЮ SCORE

С.В. Шевчук, Ю.С. Сегеда

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

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

Серцево-судинні катастрофи (інфаркт міокарда, інсульт, раптова серцева смерть) — основні причини летальності у пацієнтів із антифосфоліпідним синдромом (АФС). У структурі причин смертності пацієнтів із АФС інфаркт міокарда та інсульт посідають 2-ге та 3-тє місце і становлять 18,9 та 13,2% відповідно. Основною причиною розвитку серцево-судинних ускладнень вважається порушення ліпідного обміну, тому у більшості запропонованих методик розрахунку індивідуального ризику дисліпідемія є ключовою ознакою. Однак роль дисліпідемії у прогнозуванні розвитку кардіоваскулярних ускладнень у пацієнтів із АФС не встановлена. Залишаються не з'ясованими також і особливості порушень ліпідного обміну в цій категорії пацієнтів.

Мета: вивчити особливості порушень ліпідного обміну та встановити їх взаємозв'язок із рівнем кардіоваскулярного ризику за шкалою SCORE у хворих на АФС.

Методи дослідження. Проведене дослідження включало 77 хворих, розподілених на дві групи: 34 (44,1%) хворих із первинним АФС (ПАФС), 43 (55,9%) хворих із вторинним АФС (ВАФС) на фоні системного червоного вовчака. До контрольної групи увійшли 37 практично здорових особи. Групи хворих були зіставні за віком і тривалістю захворювання. Діагноз АФС встановлювали на основі міжнародних класифікаційних критеріїв 2006 р. Показники загального холестерину (ЗХС), ХС ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ) і тригліцеридів (ТГ) у сироватці крові визначали за стандартно прийнятою методикою. Значення ХС ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ) розраховували за формулою Friedwald:

$$\text{ХС ЛПНЩ} = \text{ЗХС} - \text{ХС ЛПВЩ} - (0,45 \cdot \text{ТГ}).$$

Для стратифікації ризику серцево-судинних подій у пацієнтів із АФС та у практично здорових осіб контрольної групи застосовували шкалу SCORE. Статистичний аналіз результатів проводили за допомогою стандартних методів із застосуванням пакета прикладних програм Microsoft «Excel 7,0».

Результати. У ході дослідження виявлено високу поширеність дисліпідемії серед пацієнтів із АФС. Так, найвища частота дисліпідемії була в групі пацієнтів із ВАФС (67,4%). У групі з ПАФС виявлено менше (на 26,2%) осіб з дисліпідемією, ніж серед пацієн-

тів із ВАФС, однак їх було в 2 рази більше, ніж серед осіб контрольної групи, в останній сумарна частота порушень ліпідного обміну становила 29,7%. Найчастішими порушеннями обміну ліпідів серед пацієнтів із ВАФС були гіпертригліцеридемія (55,8%) та підвищення ХС ЛПНЩ (41,9%), у пацієнтів із ПАФС — гіпоальфахолестеринемія (35,3%).

Дані щодо високої частоти дисліпідемії підтверджуються і аналізом середніх величин. Так, найвищі середні значення ЗХС ($6,19 \pm 0,16$ ммоль/л), ХС ЛПНЩ ($4,06 \pm 0,14$ ммоль/л) та ТГ ($2,39 \pm 0,11$ ммоль/л) і найнижчий показник ХС ЛПВЩ ($1,06 \pm 0,054$ ммоль/л) виявлялись у осіб з ВАФС. В осіб з ПАФС зміни в ліпідогамі були менш вираженими. Зокрема, середні концентрації ЗХС, ХС ЛПВЩ, ХС ЛПНЩ та ТГ в цій групі відповідно становили $5,66 \pm 0,16$; $1,04 \pm 0,05$; $3,80 \pm 0,141$ та $1,84 \pm 0,17$ ммоль/л. У контрольній групі середні значення ЗХС, ХС ЛПВЩ, ХС ЛПНЩ та ТГ становили $5,01 \pm 0,12$; $1,58 \pm 0,09$; $2,87 \pm 0,13$ та $1,31 \pm 0,11$ ммоль/л відповідно. Така відмінність пояснюється превалюванням серед пацієнтів з АФС осіб із субнормальним та високим рівнем ліпідів.

При проведенні стратифікації 10-річного ризику фатальних серцево-судинних ускладнень за шкалою SCORE встановлено, що рівень індивідуального ризику асоціювався зі зростанням рівнів атерогенних ліпопротеїдів — ЗХС, ТГ, ХС ЛПНЩ. У пацієнтів із високим та дуже високим ризиком реєстрували вірогідно вищі рівні ЗХС ($6,29 \pm 0,30$ ммоль/л) та ТГ ($2,52 \pm 0,19$ ммоль/л), що перевищували ці показники у пацієнтів із низьким сумарним кардіоваскулярним ризиком на 13 та 36% відповідно. Також простежувалася тенденція до підвищення ХС ЛПНЩ та зниження ХС ЛПВЩ (на $0,23$ та $0,13$ ммоль/л відповідно) у пацієнтів із високим ризиком за шкалою SCORE порівняно з особами із низьким ризиком.

Висновки. У хворих із АФС, особливо осіб з ВАФС, висока частота порушень ліпідного обміну. Наявність тісних взаємозв'язків між дисліпідемією, з одного боку, та сумарним індивідуальним ризиком за шкалою SCORE, з іншого, свідчить про можливість цих показників визначати тяжкість стану хворих і прогнозувати ризик фатальних серцево-судинних катастроф у хворих із АФС.

ВПЛИВ ХОНДРОЇТИН СУЛЬФАТУ НА ПОКАЗНИКИ МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА ГОНАРТРОЗ

Н.М. Шуба, Т.М. Тарасенко

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

Мета: вивчити вплив хондроїтин сульфату на мінеральну щільність кісткової тканини (МЩКТ) у хворих на гонартроз.

Методи дослідження. На базі Дніпропетровської обласної консультативної поліклініки пройшли дослідження 120 хворих на гонартроз віком від 37 до 78 років (108 жінок, 12 чоловіків), у яких діагностовано II–III рентгенологічну стадію за Kellgren — Lawrence. Пацієнтів залежно від проведеної терапії розподілили на дві групи по 60 осіб. Групи хворих були ідентичними за віком і статтю, клінічними проявами захворю-

вання. Пацієнти основної групи приймали хондроїтин сульфат по 500 мг 2 рази на добу протягом 6 міс та нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) за потребою (німесулід у гранульованій формі 100 мг 2 рази на добу протягом до 15 днів, або диклофенак 50 мг 3 рази на добу протягом до 15 днів). Пацієнти контрольної групи приймали лише вищезазначені НПЗП. При вираженому больовому синдромі курс терапії НПЗП повторювали з інтервалом не менше ніж 2 тиж.

Усім пацієнтам до та через 1; 3; 6 і 12 міс від початку лікування проведено комплексне обстеження. Функціональний стан хворих на остеоартроз колінних суглобів оцінювали за анкетною WOMAC та методикою M.G. Lequesne. Лабораторне дослідження включало: загальний аналіз крові, сечі, С-реактивний протеїн, сечову кислоту, АсАТ, АлАТ, креатинін. Рентгенологічне дослідження колінних суглобів виконано у стандартних проекціях до та через 12 міс від початку лікування.

Оцінку МЩКТ проводили за допомогою ультразвукової денситометрії п'яркової кістки (ультразвукової денситометр Achilles, «LUNAR») на початку дослідження та через 6 і 12 міс.

Результати. Через півроку від початку дослідження при ультразвуковій денситометрії виявлено достовірно ($p=0,0004$) негативну динаміку Т-індексу в стандартних відхиленнях у контрольній групі ($-0,03 \pm 0,06$) порівняно з динамікою Т-індексу за 6 міс в основній групі ($0,00 \pm 0,04$). Показник Z-індексу в динаміці за перші 6 міс в основній групі ($0,00 \pm 0,04$) практично не змінився, у той час як Z-індекс у контрольній групі виявився достовірно нижчим ($p=0,0017$). Це свідчить про те, що втрати кісткової маси в основній групі за 6 міс дослідження майже не спостерігалось, в той час як у контрольній групі виявлено зниження МЩКТ.

Через 1 рік від початку спостереження в обох групах відзначалася негативна динаміка показників МЩКТ. Виявлено більш виражене зниження Т-критерію ($p=0,0001$) через 12 міс дослідження в контрольній групі ($-0,08 \pm 0,08$), ніж в основній ($-0,03 \pm 0,05$). Негативна динаміка Z-критерію за 12 міс була також достовірно більшою ($p=0,0001$) у контрольній групі ($-0,07 \pm 0,07$), ніж в основній ($-0,02 \pm 0,06$). Це свідчить про зниження МЩКТ в обох групах спостереження, але в групі хондроїтин сульфату це зниження було повільнішим.

Висновки. У результаті дослідження виявлено позитивний вплив хондроїтин сульфату на динаміку показників МЩКТ.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ СО СНИЖЕННОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТЬЮ КОСТНОЙ ТКАНИ

Н.М. Шуба, Т.Н. Тарасенко

Національна медична академія післядипломного образования ім. П.Л. Шупика, Київ

Цель: определение особенностей клинических проявлений гонартроза у больных со сниженной минеральной плотностью костной ткани (МПКТ).