

параметри ІАЕ $>2,0$ о.е., ВП $>2,5$ мПа·с і нітритів $>6,5$ мкмоль/л свідчать про високу ступінь активності захворювання, показателі ІДЕ $>2,5$ о.е. являються прогностически негативними в отношенні течення легочної патології, ІАТ $>30\%$ — суставної, мышечної і печеночної, равновесного (статическо-го) ПН >50 мН/м — систоло-діастоліческої функції левого желудочка серця. Прогнозпозитивними критеріями ефективності послідуєщої патогенетическої терапії ССД можуть бути параметри ІАТ $<25\%$ і ВП $<2,0$ мПа·с.

ЗВ'ЯЗОК МІЖ ГІПЕРУРИКЕМІЄЮ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИМ СТАНОМ НИРОК У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

В.Б. Безродний¹, Т.М. Антончук²

¹ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України», Київ

²ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»

Державного управління справами

Мета: дослідити наявність зв'язку між вмістом сечової кислоти в крові та порушенням функції нирок у пацієнтів із гіпертонічною хворобою (ГХ).

Методи дослідження. У дослідження було включено 104 хворих на ГХ II–III стадії, 1–2-го ступеня з гіпертензивною нефропатією — швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) — від 30 до 89 мл/хв, мікроальбумінурія — 30–300 мг/добу. Середній вік обстежених становив $65,8 \pm 1,2$ роки. Загалом по групі ШКФ — $58,2 \pm 1,5$ мл/хв, креатинінемія — $108,2 \pm 2,9$ мкмоль/л, середній рівень мікроальбумінурії — $89,8 \pm 5,9$ мг/добу. Рівень сечової кислоти у середньому становив $331,9 \pm 12,4$ ммоль/л. Екскрецію альбумінів із сечею визначали турбідиметричним методом за допомогою біохімічного автоматичного аналізатора «Biosystems A25» (Іспанія). ШКФ оцінювали за кліренсом ендогенного креатиніну. Концентрацію креатиніну в плазмі крові та сечі оцінювали за допомогою біохімічного автоматичного аналізатора «Biosystems A25» (Іспанія).

Результати. Пацієнти були розподілені у дві підгрупи залежно від вихідної ШКФ. У 1-шу підгрупу увійшло 55 пацієнтів із помірним порушенням ниркової функції — ШКФ 60–89 мл/хв, у 2-гу підгрупу — 49 хворих із ШКФ 30–59 мл/хв. Рівень сечової кислоти у крові хворих двох груп становив $300,7 \pm 11,9$ та $363,2 \pm 13,2$ ммоль/л відповідно ($p < 0,001$). Аналіз функціонального стану нирок свідчить про більш виражені зміни у пацієнтів другої підгрупи: рівень креатиніну крові у них був вірогідно вищим ($p < 0,001$) порівняно з таким у пацієнтів першої підгрупи. З метою визначення зв'язку між величиною ШКФ та рівнем сечової кислоти у крові проведено кореляційний аналіз за Спірменом. Встановлено, що ШКФ зворотно пов'язана з сечовою кислотою ($r = -0,311$; $p < 0,05$), рівнем креатиніну крові ($r = -0,395$; $p < 0,01$) та мікроальбумінурією ($r = -0,412$; $p < 0,01$).

Висновки. У хворих на ГХ II–III стадії з гіпертензивною нефропатією рівень сечової кислоти у крові зворотно корелює зі ШКФ, що свідчить про можливу патогенетичну роль гіперурикемії у розвитку та прогресуванні АГ та гіпертензивного ураження нирок.

ПОТРЕБА ІНВАЛІДІВ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ В ЗАХОДАХ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Н.М. Беляєва, С.В. Шевчук, І.В. Куриленко, О.Б. Яворовенко, Л.В. Кульчевич, В.В. Бойко

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

Медико-соціальна реабілітація є — одна з найскладніших міждисциплінарних проблем, яка має велике соціальне значення. Метою її є відновлення соціального статусу інваліда, досягнення адаптації людини в суспільство. У межах медико-соціальної реабілітації розрізняють медичну, психолого-педагогічну, фізичну, професійну, трудову, фізкультурно-спортивну, соціально-побутову реабілітацію з використанням технічних засобів реабілітації та виробів медичного призначення, які надаються інваліду залежно від потреб (Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» від 06.10.2005 р.). Потреби інваліда фіксуються медико-соціальними експертними комісіями (МСЕК) в індивідуальній програмі реабілітації (ІПР) відповідно до Постанови КМУ від 23.05.2007 р. № 757. Основною функцією її є забезпечення комплексної реабілітації конкретного інваліда.

Мета: визначення потреб інвалідів із патологією сполучної тканини в заходах медико-соціальної реабілітації.

Методи дослідження. Статистичний, аналітичний, копіювання даних з ІПР.

Результати. Дослідження проведено у 22 областях України, проаналізовано дані ІПР у 27 737 інвалідів, які проходили освідчення на МСЕК у 2012 р. З них інвалідів молодого (18–44) — 35,3%, середнього (45–60) — 56,4%, похилого віку (<60 років) — 8,3%, інвалідів I групи — 6,0%, II — 20,2%, III — 73,8%.

Отримані дані свідчать про те, що інваліди мають потребу в послугах медичної реабілітації, а саме у відновному лікуванні в 100,0%, медичному спостереженні — 64,43%, санаторно-курортному лікуванні — 43,01%, реконструктивній хірургії — 5,43%, психіатричній допомозі — 1,87%; психолого-педагогічній реабілітації — 15,7% інвалідів, особливо це актуально для осіб молодого віку та пов'язано з вибором професії, навчанням, працевлаштуванням; у фізичній реабілітації — 60,39% інвалідів, лікувальної фізкультури — 40,66%, лікувального масажу — 36,16%, ерготерапії — 2,34%; у професійній реабілітації — 26,7%, в експертисі потенційних професійних здібностей — 17,20%, професійної орієнтації — 13,02%, професійному відборі — 10,42%, професійній підготовці, перепідготовці, освіті — 6,17%; трудовій реабілітації — 52,4% інвалідів, у пристосуванні та створенні робочого місця з урахуванням безпеки та особливих потреб інваліда — 14,55%, раціональному працевлаштуванні — 60,13%; соціальній та побутовій реабілітації — 2,8% інвалідів, у тому числі соціального побутового патронажу, адаптації житлових приміщень до потреб інвалідів, навчання основним соціальним навичкам. Технічні засоби реабілітації повністю або частково компенсують обмеження життєдіяльності. Так, у засобах пересування мали потребу 31,3% ін-

валідів (палиці, милиці, крісла колісні), спеціальних засобах для самообслуговування — 0,65%, для догляду — 2,06%, протезних виробів — 27,02% інвалідів, у виробів медичного призначення — 1,77% інвалідів, переважно ендопротезах.

Потреби інвалідів і групи суттєво відрізнялися від потреб інвалідів II–III груп у лікувальному масажі, засобах пересування та догляду); інвалідів II–III груп — у санаторно-курортному лікуванні, ЛФК, заходах професійної, трудової реабілітації; інвалідів II порівняно з III групою — у засобах пересування та догляду (різниця в групах достовірна — $p < 0,05$).

Висновки. Таким чином, отримані дані свідчать про комплексний характер потреб інвалідів із патологією сполучної тканини, дозволяють диференційовано планувати організацію медико-соціальної реабілітації залежно від виду реабілітаційних заходів і тяжкості інвалідності.

ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ МІЖ ПОКАЗНИКАМИ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ І ПСИХОВЕГЕТАТИВНИМИ ПОРУШЕННЯМИ У ХВОРИХ НА ПСОРИАТИЧНИЙ АРТРИТ

І.І. Благініна¹, О.О. Реброва¹, І.І. Покришка², О.В. Фельдман²

¹ДЗ «Луганський державний медичний університет»

²Луганська обласна клінічна лікарня

Однією з актуальних проблем сучасної медицини є психосоматичні стани, які останнім часом все частіше трапляються в ревматологічній практиці. У зв'язку з наявністю схожості патофізіологічних механізмів болю і психовегетативних розладів стає необхідністю визначення їх взаємозв'язку у хворих на псоріатичний артрит (ПА). Дослідження взаємозв'язку між вираженістю больового синдрому і психовегетативними порушеннями у цієї категорії пацієнтів сприятиме оптимізації ефективності диференційованих методів комплексної терапії цього захворювання.

Мета: дослідити наявність зв'язків між функціональною вираженістю хронічного больового синдрому та психовегетативними порушеннями у хворих на ПА.

Методи дослідження. У дослідженні брали участь 49 хворих (15 чоловіків і 34 жінки) на ПА (середній вік — $44,5 \pm 1,2$ року, середня тривалість ПА — $9,2 \pm 0,8$ року). У більшості пацієнтів (28 випадків) встановлено II фазу активності запального процесу. У 67,3% хворих встановлено поліартритичний варіант суглобового синдрому. Больовий синдром, тривалість ранкової скутості, показник стану здоров'я пацієнта (СЗП) оцінювалися за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) самими пацієнтами, а лікарем проводився підрахунок кількості болючих (КБС) і набряклих суглобів (КНС). Рівень тривожності за шкалою Спілберґера < 30 балів оцінювали як низький, $30-45$ балів — помірний, > 45 балів — високий. Результати тестування за шкалою депресії Гамільтона (ШДГ) оцінювали, як: $6-8$ балів — норма, $16-18$ балів у осіб молодого віку і $18-20$ у осіб похилого віку — наявність неспсихотичного депресивного стану, а $> 18-20$ балів — можлива психотична депресія. Для виявлення вегетативних порушень використовували анкету «Вейн-пацієнт», що заповнюється па-

цієнтом (результати > 15 балів свідчать на користь наявності вегетативної дисфункції) і «Вейн-лікар», що заповнюється лікарем (сума балів > 25 підтверджує ознаки вегетативних розладів).

Результати. За показниками больового синдрому у хворих на ПА отримано такі дані: КБС — $6,8 \pm 0,5$, КНС — $3,5 \pm 0,3$, біль у суглобах — $60,0 \pm 2,6$ мм, у хребті — $64,1 \pm 2,5$ мм, ранкова скутість — $64,6 \pm 2,4$ мм, СЗП — $65,7 \pm 2,4$ мм. Показники реактивної (РТ) і особистісної (ОТ) тривожності у хворих на ПА (відповідно $37,9 \pm 1,2$; $46,1 \pm 1,1$ бала) були достовірно вище нормативних. При цьому у 26,5% спостерігалася висока РТ, а у 32,7% хворих — висока ОТ. При оцінці результатів тестування за ШДГ середні значення у хворих на ПА були значно вищими, ніж нормативні — $17,8 \pm 0,84$ бала. Депресивні розлади виявлено у 31 пацієнта. Результати анкетування «Вейн-пацієнт» та «Вейн-лікар» свідчили про наявність вегетативних порушень у 43 обстежених хворих — $23,0 \pm 0,8$ та $33,5 \pm 1,1$ бала відповідно.

За даними кореляційного аналізу встановлено взаємозв'язок між окремими показниками больового синдрому та психовегетативного статусу, а саме вираженість депресії за ШДГ залежала від болю в суглобах і хребті та СЗП (відповідно $r=0,49$; $p < 0,001$; $r=0,32$; $p=0,024$; $r=0,29$; $p=0,044$). Визначено прямий кореляційний зв'язок між РТ, ОТ та СЗП ($r=0,35$; $p=0,013$; $r=0,32$; $p=0,026$ відповідно), а також достовірні зв'язки між ознаками вегетативної дисфункції («Вейн-пацієнт», «Вейн-лікар») та СЗП (відповідно $r=0,36$; $p=0,012$; $r=0,29$; $p=0,042$). Слід зазначити, що достовірні зв'язки встановлено лише стосовно тих показників больового синдрому, які визначалися самим пацієнтом, тобто більш значущим у формуванні психовегетативних розладів був емоційно-афективний компонент болю.

Висновки. Встановлені зв'язки між окремими показниками больового синдрому та психовегетативного статусу свідчать про необхідність оптимізації лікувально-реабілітаційного процесу шляхом надання хворим на ПА диференційованої медичної допомоги. У зв'язку з цим надалі у пацієнтів з ПА доцільно вивчення впливу антидепресантів і психовегетокоректорів із метою зниження проявів тривожності, вегетативних розладів і для пришвидшення регресу больового синдрому.

ЦИТОКІНОВІ МАРКЕРИ ВАРІАНТІВ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ЮВЕНІЛЬНОГО РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ

Я.Є. Бойко¹, Л.І. Омельченко², В.П. Чернишов²

¹Комунальний заклад Львівської обласної ради «Західноукраїнський спеціалізований дитячий медичний центр», Львів

²ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», Київ

Для визначення обсягу і тактики лікування хворих на ювенільний ревматоїдний артрит (ЮРА) важливими є верифікація варіанта перебігу, визначення ступеня активності та наявності прогностично несприятливих критеріїв. Для лабораторної ідентифікації