

Спеціалізований рецензований науково-практичний журнал

БІЛЬ. PAIN.[®] СУГЛОБИ. JOINTS. ХРЕБЕТ SPINE

Том 11, № 3, 2021



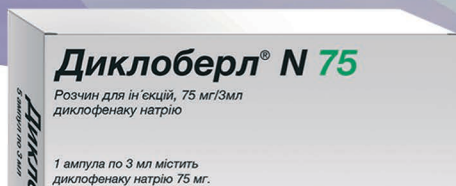
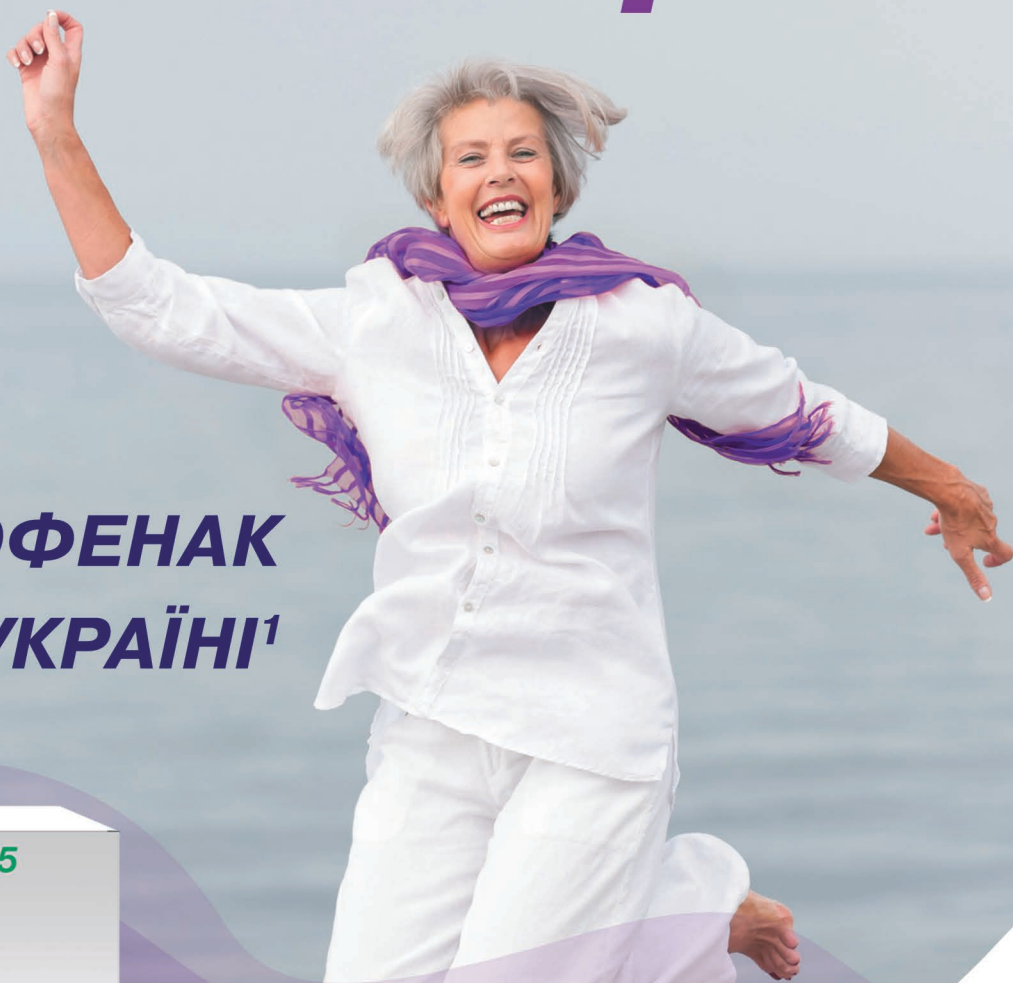
3

ZASLAVSKY[®]
Publishing house

www.mif-ua.com

Диклоберл® diclofenac sodium

ДИКЛОФЕНАК №1 В УКРАЇНІ¹



Диклоберл® N 75

Розчин для ін'єкцій, 75 мг/3мл
диклофенату натрію

1 ампула по 3 мл містить
диклофенату натрію 75 мг.

Допоміжні речовини:
ацетилцистеїн, ма...

Дотримуватись вк
для медичного за
Зберігати при тем
Для захисту від ді
в оригінальній уп
Лікарський засіб
в недоступному д

BERLIN-CHEMIE
MENARINI

ЛЕЙБУХІ
ВЕЙТІВ-СХЕІМЕ

в методологічному
указівничому асоці
в обмежувачі ліку
чим зв'язані, від
проблематию, від
в

BERLIN-CHEMIE
MENARINI

ЛЕЙБУХІ
ВЕЙТІВ-СХЕІМЕ



Диклоберл® ретард

Діюча речовина: диклофенат натрію

20 капсул твердих пролонгованої дії

Для перорального застосування

Анальгетичний засіб
Протизапальний засіб

BERLIN-CHEMIE
MENARINI

ЛЕЙБУХІ
ВЕЙТІВ-СХЕІМЕ

Інформація про рецептурний лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів в галузі охорони здоров'я.

Фармакотерапевтична група. Нестероїдні протизапальні та протиревматичні засоби. Код АТХ M01A B05. **Склад.** Ампули: 1 мл розчину для ін'єкцій містить 25 мг диклофенату натрію (1 ампула містить 3 мл розчину для ін'єкцій, що дорівнює 75 мг диклофенату натрію); капсули: 1 капсула тверда пролонгованої дії містить диклофенату натрію 100 мг.

Показання. Диклоберл® N 75

Препарат при внутрішньом'язовому введенні призначений для лікування: запальних та дегенеративних форм ревматизму, ревматоїдного артриту, анкілозуючого спонділіту, остеоартриту, спонділоартриту, вертебрального болювого синдрому, несуглобового ревматизму; гострих нападів подагри; ниркової та біліарної коліки; болю та набряку після травм і операцій; тажких нападів мігрені.

Диклоберл® ретард

Полепшення болю та зменшення запалення різного ступеня при різних станах, включаючи: патологію суглобів: ревматоїдний артрит, анкілозуючий спонділіт, остеоартрит, гострі напади подагри; гострі м'язово-скелетні захворювання, такі як періартрит (наприклад, плечо-лопатковий періартрит), теніт, тендовагіт, бурсит; інші патологічні стани, спричинені травмами, у тому числі переломи, біль у попереку, розтягнення, вивихи, ортопедичні, стоматологічні та інші незначні оперативні втручання.

Протипоказання. Кровотеча або перфорація шлунково-кишкового тракту в анамнезі, пов'язана з попереднім лікуванням нестероїдними протизапальними засобами (НПЗЗ). Активна форма виразкової хвороби/кровотечі або рецидивуюча виразкова хвороба/кровотеча в анамнезі (два або більше окремих епізоди діагностованої виразки або кровотечі). Печерчатість до діючої речовини або до будь-якого іншого компонента препарату. Високий ризик розвитку післяопераційних кровотеч, незгорання крові, порушення гемостазу, гемопоетичних порушень чи цереброваскулярних кровотеч. Печінкова недостатність. Ниркова недостатність. Застійна серцева недостатність (NYHA II–IV). Шемічна хвороба серця у пацієнтів, які мають стенокардію, перенесений інфаркт міокарда та інше.

Спосіб застосування та дози.

Диклоберл® N 75. Небажані ефекти можна мінімізувати шляхом застосування мінімальної ефективної дози протягом найменшого можливого терміну, достатнього для контролю симптомів. **Дорослі.** Лікування Диклоберлом® N 75 слід здійснювати у вигляді однократної ін'єкції. У разі необхідності лікування можна продовжити, застосовуючи лікарські форми для перорального або ректального введення. Загальна доза не повинна перевищувати 150 мг; навіть у день ін'єкції. **Діти.** Диклоберл® N 75 у лікарській формі розчину для ін'єкцій протипоказаний для застосування дітям.

Диклоберл® ретард. Дозу слід підбирати індивідуально, починаючи з мінімальної ефективної дози, та слід застосовувати впродовж найкоротшого терміну. Рекомендована початкова доза диклофенату для дорослих становить 75-150 мг на добу (1 капсула Диклоберл® ретард 100 мг) залежно від вираженості симптомів захворювання. При тривалій терапії, як правило, достатнім є застосування 1 капсули Диклоберл® ретард 100 мг на добу. Якщо симптоми захворювання найбільш виражені впродовж ночі або вранці, Диклоберл® ретард необхідно застосовувати ввечері. Додова доза препарату не повинна перевищувати 150 мг. Капсули слід ковтати цілими, не розжовуючи, запивати рідиною, бажано під час їжі. **Діти:** Диклоберл® ретард 100 мг не рекомендований для застосування дітям.

Побічні реакції. Біль у грудях, набряки, інфаркт міокарда, інсульт, порушення кровотворення (анемія, лейкопенія, тромбоцитопенія, панцитопенія, агранулоцитоз), головний біль, сонливість, розлад зору та диплопія, дзвін у вухах, нудота, блювання, діарея, також незначні шлунково-кишкові кровотечі, диспепсія, метеоризм, виразки шлунка або кишечника з кровотечею або без неї, гастрит, стоматит, запор, панкреатит, екзантема, ексема, еритема, реакції гіперчутливості, такі як шкірний висип та свербіж, алергічний васкуліт, астма, підвищення рівня трансаміназ у крові, психотичні розлади, депресія, тривожність, нічні кошмари, безсоння та інше.

За повною детальною інформацією звертайтеся до інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженої наказом МОЗ (Диклоберл® N 75 – № 1562 від 08/07/2020, Диклоберл® ретард 100 мг від 06.03.2020 № 630). Перед застосуванням,

будь ласка, уважно ознайомтеся з повною інструкцією для медичного застосування, повним переліком побічних реакцій, протипоказань, особливостей застосування препарату.

Виробник. Диклоберл® ретард 100 мг: Берлін-Хемі АГ, Глінікер Вер 125, 12489 Берлін, Німеччина, № UA/9701/04/01. Диклоберл® N 75: А.Менаріні Мануфактурінг Логістікс енд Сервісес С.р.Л. Біа Сете Санті 3, 50131 Флоренція (ФІ), Італія. РП № UA/9701/01/01.

Для особистого використання для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників. Матеріал для ознайомлення спеціалістів у галузі охорони здоров'я під час проведення конференцій, семінарів.

За додатковою інформацією про лікарський засіб звертайтеся за адресою:

Представництво «Берлін-Хемі/А.Менаріні Україна ГмбХ» в Україні, 02098, м. Київ, вул. Березняківська, 29, тел.: (044) 494-33-88, факс: (044) 494-33-89.

1. За результатами роздрібною продажу лікарських засобів у грошовому вираженні в АТС-групі M01A B05 «Диклофенак» за січень 2019 – січень 2020 р., за даними аналітичної системи дослідження ринку «PharmXplorer»/«Фармстандарт» компанії «Proxima Research». 2. Pavelka K. A comparison of the therapeutic efficacy of diclofenac in osteoarthritis: a systematic review of randomised controlled trials. Current Medical Research and Opinion. 2012. Jan;28(1):163-78. 3. Інструкція для медичного застосування препарату (Диклоберл® N 75 № 1562 від 08/07/2020).

* Фармакологічні властивості.

UA-DIC-07-2020-V1-Visual. Затверджено 24.07.2020.



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

БІЛЬ. СУГЛОБИ. ХРЕБЕТ PAIN.[®] JOINTS. SPINE

Біль. Суглоби. Хребет

Pain. Joints. Spine

Bol', sustavy, pozvonočnik

Спеціалізований рецензований науково-практичний журнал

Засновано у березні 2011 року

Періодичність виходу: 4 рази на рік

Том 11, № 3, 2021

Включений в наукометричні і спеціалізовані бази даних НБУ ім. В.І. Вернадського, «Україніка наукова», JIC index, Ulrichsweb Global Serials Directory, CrossRef, WorldCat, Google Scholar, ICMJE, SHERPA/RoMEO, NLM-catalog, NLM-Locator Plus, OpenAIRE, BASE, ROAD, DOAJ, Index Copernicus, EBSCO, OUCI



БІЛЬ. PAIN. СУГЛОБИ. JOINTS. ХРЕБЕТ SPINE

Спеціалізований рецензований
науково-практичний журнал

Том 11, № 3, 2021

ISSN 2224-1507 (print)
ISSN 2307-1133 (online)

Передплатний індекс 89698

Видається за сприяння Української асоціації
остеопорозу, Української асоціації менопаузи,
андропаузи та захворювань кістково-м'язової системи



Засновник і шеф-редактор Заславський О.Ю.

Завідуюча редакцією Купріненко Н.В.

Адреси для звернень

З питань передплати

info@mif-ua.com
тел. +38 (067) 325-10-26

З питань розміщення реклами

та інформації про лікарські засоби

reclama@mif-ua.com
office@zaslavsky.kiev.ua
pavel89karpinskiy@gmail.com
v_iliyna@ukr.net

Українською, російською та англійською мовами

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого
засобу масової інформації КВ № 17141-5911Р.

Видано Міністерством юстиції України
21.10.2010 р.

Формат 60x84/8. Ум.-друк. арк. 9,53
Зам. 2021-pjs-43. Тираж 10 000 прим.

Адреса редакції:

Україна, 04107, м. Київ, а/с 74
E-mail: medredactor@i.ua

(Тема: До редакції журналу «Біль. Суглоби. Хребет»)
www.mif-ua.com, http://pjs.zaslavsky.com.ua

Видавець Заславський О.Ю.

Адреса для листування: а/с 74, м. Київ, 04107
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
ДК № 2128 від 13.05.2005

Друк: ТОВ «Ландпрес»
Вул. Алчевських, 2, м. Харків, 61002

Головний редактор
Наталія Григор'єва

Заступники головного редактора:

Resch Heinrich (Vienna, Austria)

Reginster Jean-Yves (Liege, Belgium)

Редакційна колегія

Безруков В.В. (м. Київ)

Борткевич О.П. (м. Київ)

Бублик Л.О. (м. Київ)

Бур'янов О.А. (м. Київ)

Бутенко Г.М. (м. Київ)

Вайда В.М. (м. Ужгород)

Гайко Г.В. (м. Київ)

Герасименко С.І. (м. Київ)

Головач І.Ю. (м. Київ)

Дедух Н.В. (м. Київ)

Ждан В.М. (м. Полтава)

Істомін А.Г. (м. Харків)

Карабань І.М. (м. Київ)

Климовицький В.Г. (м. Лиман)

Климовицький Ф.В. (м. Лиман)

Коваленко В.М. (м. Київ)

Корж М.О. (м. Харків)

Кузнецова С.М. (м. Київ)

Лоскутов О.Є. (м. Дніпро)

Мамчур В.Й. (м. Дніпро)

Мартинюк Л.П. (м. Тернопіль)

Нетяженко В.З. (м. Київ)

Паньків В.І. (м. Київ)

Пузанова О.Г. (м. Київ)

Радченко В.О. (м. Харків)

Романенко І.В. (м. Рубіжне)

Синяченко О.В. (м. Лиман)

Страфун С.С. (м. Київ)

Сулима В.С.

(м. Івано-Франківськ)

Угрин М.М. (м. Львів)

Черній В.І. (м. Київ)

Азізов М.Ж.

(м. Ташкент, Узбекистан)

Баймухамедов Ч.Т.

(м. Шимкент, Казахстан)

Батенов Н. Дж.

(м. Астана, Казахстан)

Белецький О.В.

(м. Мінськ, Білорусь)

Гроппа Л.Г.

(м. Кишинів, Молдова)

Гольназарова С.В.

(м. Єкатеринбург, Росія)

Ердес Ш.Ф. (м. Москва, Росія)

Кіласонія Лалі

(м. Тбілісі, Грузія)

Кукушкін М.Л.

(м. Москва, Росія)

Лесняк О.М.

(м. Єкатеринбург, Росія)

Мартусевич Н.А.

(м. Мінськ, Білорусь)

Міронов С.П.

(м. Москва, Росія)

Насонов Є.Л.

(м. Москва, Росія)

Ревенко Н.Є.

(м. Кишинів, Молдова)

Родіонова С.С.

(м. Москва, Росія)

Руденко Е.В.

(м. Мінськ, Білорусь)

Снежицький В.О.

(м. Гродно, Білорусь)

Тогізбаєв Г.А.

(м. Алмати, Казахстан)

Цурко В.В. (м. Москва, Росія)

Янковська Л.В. (м. Гродно,

Білорусь)

Яхно М.М. (м. Москва, Росія)

Alekna Vidmantas

(Vilnius, Lithuania)

Badurski Janusz E.

(Bialystok, Poland)

Barbosa Ana Paula

(Lisbon, Portugal)

Binkley Neil

(Madison, Wisconsin, USA)

Czerwinski Edward

(Krakow, Poland)

Dimic Aleksandar

(Kingdom of Bahrain)

Hans Didier

(Lausanne, Switzerland)

Hodinka László

(Budapest, Hungary)

Holick Michael F.

(Boston, USA)

Konstantynowicz Jerzy

(Bialystok, Poland)

Lakatos Peter

(Budapest, Hungary)

Mascarenhas Mário Rui

(Lisbon, Portugal)

Pludowski Pawel

(Warsaw, Poland)

Відповідальний секретар

Дзерович Наталія Іванівна

e-mail: pain.mif-ua@ukr.net

Перекладач

Поворознюк Роксолана Владиславівна

Редакція не завжди поділяє думку автора публікації. Відповідальність за вірогідність фактів, власних імен та іншої інформації, використаної в публікації, несе автор. Передрук та інше відтворення в якій-небудь формі в цілому або частково статей, ілюстрацій або інших матеріалів дозволені тільки при попередній письмовій згоді редакції та з обов'язковим посиланням на джерело. Усі права захищені.

© Українська асоціація остеопорозу, 2021

© Українська асоціація менопаузи, андропаузи та захворювань кістково-м'язової системи, 2021

© Заславський О.Ю., 2021

БІЛЬ. СУГЛОБИ. ХРЕБЕТ. PAIN. JOINTS. SPINE

Bol', sustavy, pozvonočnik
Specialized reviewed practical scientific journal

Volume 11, № 3, 2021

ISSN 2224-1507 (print);
ISSN 2307-1133 (online)

Subscription index 89698 (in Ukraine)

*Published aided by Ukrainian Association
of Osteoporosis, Ukrainian Association of Menopause,
Andropause and Musculoskeletal Diseases*



Founder and Head Editor **Zaslavsky O.Yu.**

Managing Editor **Kuprinenko N.V.**

Correspondence addresses

Subscription department

info@mif-ua.com
Tel. +38 (067) 325-10-26

Advertising and Drug
Promotion Department

reclama@mif-ua.com
office@zaslavsky.kiev.ua
pavel89karpinskiy@gmail.com
v_iliyna@ukr.net

In Ukrainian, Russian and English

Registration certificate KB № 17141-5911P.
Issued by the Ministry of Justice of Ukraine
21/10/2010.

Folio 60x84/8. Printer's sheet 9,53
Order 2021-pjs-43. Circulation 10 000 copies.

Editorial office address:
Ukraine, 04107, Kyiv, P.O.B. 74
E-mail: medredactor@i.ua
(Subject: Pain. Joints. Spine Journal)
www.mif-ua.com, http://pjs.zaslavsky.com.ua

Publisher Zaslavsky O.Yu.
Correspondence address: P.O.B. 74, Kyiv, 04107
Publishing entity certificate
ДК № 2128 dated 13/05/2005

Print: Landpress Ltd.
Alchevskiykh str., 2, Kharkiv, 61002

Editor-in-Chief
Nataliia Grygorieva

Deputy Editor-in-Chief:
Resch Heinrich (Vienna, Austria)
Reginster Jean-Yves (Liege, Belgium)

Editorial Board

Bezrukov V.V. (Kyiv)
Bortkevych O.P. (Kyiv)
Bublyk L.O. (Kyiv)
Buryanov O.A. (Kyiv)
Butenko G.V. (Kyiv)
Vayda V.M. (Uzhgorod)
Gayko G.V. (Kyiv)
Gerasimenko S.I. (Kyiv)
Golovach I.Yu. (Kyiv)
Diedukh N.V. (Kyiv)
Istomin A.H. (Kharkiv)
Karaban' I.M. (Kyiv)
Klimovitsky V.H. (Lyman)
Klimovitsky F.V. (Lyman)
Kovalenko V.M. (Kyiv)
Korzh M.O. (Kharkiv)
Kuznetsova S.M. (Kyiv)
Loskutov O.Ye. (Dnipro)
Mamchur V.Y. (Dnipro)
Martyniuk L.P. (Ternopil)
Netiazhenko V.Z. (Kyiv)
Pankiv V.I. (Kyiv)
Puzanova O.H. (Kyiv)
Radchenko V.O. (Kharkiv)
Romanenko I.V. (Rubizhne)
Syniachenko O.V. (Lyman)
Strafun S.S. (Kyiv)
Sulyma V.S. (Ivano-Frankivsk)
Ugrin M.M. (Lviv)
Cherniy V.I. (Kyiv)
Azizov M.Zh. (Tashkent, Uzbekistan)
Baimukhamedov C.T. (Shymkent, Kazakhstan)
Batpenov N.Dz. (Astana, Kazakhstan)
Beletski A.V. (Minsk, Belarus)
Groppa L.G. (Chişinău, Moldova)
Gyulnazarova S.V. (Ekaterinburg, Russia)
Erdes Sh.F. (Moscow, Russia)
Kilasonia L. (Tbilisi, Georgia)
Kukushkin M.L. (Moscow, Russia)

Lesnyak O.M. (Ekaterinburg, Russia)
Martusevich N.A. (Minsk, Belarus)
Mironov S.P. (Moscow, Russia)
Nasonov Ye.L. (Moscow, Russia)
Revenco N.E. (Chişinău, Moldova)
Rodionova S.S. (Moscow, Russia)
Rudenska E.V. (Minsk, Belarus)
Snezhitskiy V.A. (Grodno, Belarus)
Togizbayev G.A. (Almaty, Kazakhstan)
Tsurko V.V. (Moscow, Russia)
Yakhno N.N. (Moscow, Russia)
Yankovskaya L.V. (Grodno, Belarus)
Alekna Vidmantas (Vilnius, Lithuania)
Badurski Janusz E. (Bialystok, Poland)
Barbosa Ana Paula (Lisbon, Portugal)
Binkley Neil (Madison, Wisconsin, USA)
Czerwinski Edward (Krakow, Poland)
Dimic Aleksandar (Kingdom of Bahrain)
Hans Didier (Lausanne, Switzerland)
Hodinka László (Budapest, Hungary)
Holick Michael F. (Boston, USA)
Konstantynowicz Jerzy (Bialystok, Poland)
Lakatos Peter (Budapest, Hungary)
Mascarenhas Mário Rui (Lisbon, Portugal)
Pludowski Pawel (Warsaw, Poland)
Zdan V.M. (Poltava)

Executive Secretary

Dzerovych Nataliia
e-mail: pain.mif-ua@ukr.net

Interpreter

Povoroznyuk Roksolana

The editorial board not always shares the author's opinion. The author is responsible for the significance of the facts, proper names and other information used in the paper. No part of this publication, pictures or other materials may be reproduced or transmitted in any form or by any means without permission in writing form with reference to the original. All rights reserved.

© Ukrainian Association of Osteoporosis, 2021
© Ukrainian Association of Menopause, Andropause and Musculoskeletal Diseases, 2021
© Zaslavsky O.Yu., 2021

Зміст**Contents****Огляди**

*Дєдх Н.В., Яковенчук Н.М.,
Нікольченко О.А.*

Експериментальне моделювання
остеопорозу на тваринах 12

Оригінальні дослідження

*Нехлопочин О.С., Вербов В.В.,
Цимбалюк Я.В., Вороді М.В., Чешук Є.В.*

Нейропатичний біль як можливий
предиктор регресу неврологічних
розладів у пацієнтів із хреботно-
спинномозковою травмою 25

*Яременко О.Б., Федьков Д.Л., Яременко К.М.,
Комкіна М.О., Мазанко К.В.*

Ефективність, переносимість та вплив
на метаболізм хрящової тканини
неденатурованого колагену II типу
UC-II™ (Меркана) у хворих
на остеоартрит колінних суглобів 33

Клінічний випадок

Гавриленко Е.О.

Реостеосинтез при псевдоартрози
шийки стегнової кістки 43

Kadri Yildiz

Хвороба фон Віллебранда,
що імітує післяопераційну кровотечу
після остеосинтезу з приводу перелому
діафіза великогомілкової кістки 47

Практична медицина

Шаповалов В.С., Мусяєнко А.С.

Сенільний остеопороз:
сучасний погляд на проблему 52

Reviews

*N.V. Dedukh, N.N. Yakovenchuk,
O.A. Nikolchenko*

Experimental Modeling of Osteoporosis
in Animals 12

Original Researches

*O.S. Nekhlopochyn, V.V. Verbov,
Ia.V. Tsymbaliuk, M.V. Vorodi, Ie.V. Cheshuk*

Neuropathic pain as a predictor
of neurological disorders regression
in patients with spinal cord traumatic
injury 25

*O.B. Iaremenko, D.L. Fedkov, K.M. Iaremenko,
M.O. Komkina, K.V. Mazanko*

Effectiveness, tolerability
and cartilage metabolism
of undenatured collagen type II
UC-II™ (Mercana) in patients with knee
osteoarthritis 33

Clinical Case

E.O. Havrylenko

Reosteosynthesis in pseudarthrosis
of the femoral neck 43

Kadri Yildiz

Von Willebrand's disease
mimicking postoperative
bleeding after tibial
nailing for tibial shaft fracture 47

Practical Medicine

V.S. Shapovalov, A.S. Musiienko

Senile osteoporosis:
Modern view of the problem 52

Фастум® Гель

Кетопрофен 2,5 % гель



Лікування БОЛЮ в м'язах та суглобах¹

30, 50, 100 г гелю у тубі


1. Показання: посттравматичний біль у м'язах та суглобах, запалення сухожилів.

Обов'язково уважно ознайомтеся з повною інструкцією для медичного застосування лікарського засобу Фастум® гель № 824 від 09.04.2020, а саме з повним переліком протипоказань, побічних ефектів і особливостей застосування.

Інформація про рецептурний лікарський засіб для спеціалістів охорони здоров'я, для медичних і фармацевтичних працівників.

СКОРОЧЕНА ІНСТРУКЦІЯ для медичного застосування лікарського засобу ФАСТУМ® ГЕЛЬ (FASTUM® GEL)

Склад. 1 г гелю містить кетопрофену 0,025 г. **Фармакотерапевтична група.** Нестероїдні протизапальні засоби для місцевого застосування. Код АТХ M02A A10. **Показання.** Посттравматичний біль у м'язах та суглобах, запалення сухожилів. **Протипоказання.** Наявність в анамнезі гіперчутливості до будь-якої із допоміжних речовин лікарського засобу, наявність в анамнезі реакції фоточутливості, відомі реакції гіперчутливості, вплив сонячних променів, навіть у вигляді розсіяного світла чи УФ-опромінення в соларій під час лікування і протягом двох тижнів після його припинення, III триместр вагітності та інші.

Особливості застосування. Під час лікування та протягом 2 тижнів після його завершення рекомендується носити одяг, який закриває ділянку нанесення, для уникнення фоточутливості. 

Спосіб застосування та дози. Гель слід наносити тонким шаром (3-5 см) на уражені ділянки від 1 до 3 разів на добу, а для кращого проникнення застосувати легкі масажні рухи. **Побічні ефекти.** Іноді: місцеві шкірні реакції, такі як еритема, екзема, свербіж і відчуття печіння; рідко: дерматологічні реакції (фотосенсибілізація, бульозні висипи і кропив'янка); дуже рідко: пептична виразка, шлунково-кишкова кровотеча, діарея, контактний дерматит, ниркова недостатність або погіршення стану у разі наявності такої та інші. **Категорія відпуску.** За рецептом.

Виробник: А. Менаріні Мануфактурінг Логістікс енд Сервісес С.р.Л. **Адреса:** Віа Сете Санті 3, 50131 Флоренція (ФІ), Італія.

За повною інформацією звертайтеся до інструкції для медичного застосування лікарського засобу Фастум® гель № 824 від 09.04.2020, Р.П. № UA/10841/01/01.

Представництво «Берлін-Хемі/А. Менаріні Україна ГмбХ». Адреса: м. Київ, вул. Березняківська, 29, 7-й поверх.
Тел. +38 (044) 494 33 85, факс +38 (044) 494 33 89.

UA_Fas_16-2020_V1_Press. Останній перегляд 07.07.2020.



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**



«Аксімед»
завжди
попереду!

НА БАЗІ КЛІНІКИ «АКСІМЕД» ВІДКРИТО СУЧАСНИЙ

ЦЕНТР ПРОБЛЕМ СНУ

ЕФЕКТИВНА ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ:

- порушень дихання уві сні (нічне апное);
- усіх видів безсоння;
- синдрому неспокійних ніг.

ПРОВІДИМО НАЙСУЧАСНІШУ
ПОЛІСОМНОГРАФІЮ



ЛІКУВАННЯ
ХРАПУ



AKSIMED.UA • 044 390 00 55

Матеріали конференції

Тези IV Наукового симпозиуму
з міжнародною участю
«Захворювання кістково-м'язової
системи та вік», присвяченого
пам'яті В.В. Поворознюка
(21–22 жовтня 2021 року,
м. Київ, on-line) 62

*Барна О.М., Лук'янець Є.Ю.,
Новицька А.В.*

Ультразвукова денситометрія
в практиці сімейного лікаря 63

*Березенко В.С., Крат В.В., Діба М.Б.,
Ткалик О.М., Михайлюк Х.З., Кречко Я.В.*

Стан кісткової тканини
та забезпеченість вітаміном D
у дітей з хворобою Вільсона..... 63

Борткевич О.П., Ситенко А.О.

Фактори ризику зниження мінеральної
щільності кісткової тканини та розвитку
синдесмофітів у чоловіків з анкілозуючим
спондилітом: ретроспективний аналіз.... 64

*Григор'єва Н.В., Бистрицька М.А.,
Заверуха Н.В., Поворознюк В.В.*

Мінеральна щільність
субхондральної кісткової
тканини в жінок з остеоартритом
колінних суглобів 65

Джус М.Б., Джус М.Ю., Кулик М.С.

Визначення якості життя
у пацієнтів з саркопенією:
валідація української версії
опитувальника SarQoL..... 65

*Джус М.Б., Мостбауер Г.В., Кулик М.С.,
Карасевська Т.А., Меффорд Т.О.,
Резніченко О.В., Фельдман О.В.*

Вивчення тілобудови та фізичної
активності у молодих дорослих
з ювенільним ідіопатичним
артритом..... 66

Дубецька Г.С., Поворознюк В.В.

Структурно-функціональний стан
кісткової тканини в чоловіків і жінок
із гіперурикемією та подагрою 67

Proceedings of the Conference

Abstracts of the IV Scientific
symposium with international
participation “Musculoskeletal
diseases and age” dedicated
to the memory of V.V. Povoroznyuk
(October 21–22, 2021,
Kyiv, on-line)..... 62

*O.M. Barna, Ye.Yu. Lukianets,
A.V. Novytska*

Ultrasound densitometry in the practice
of a family physician..... 63

*V.S. Berezenko, V.V. Krat, M.B. Dyba,
O.M. Tkalyk, Kh.Z. Mykhailiuk, Ya.V. Krechko*

Bone tissue status
and vitamin D supply in children
with Wilson's disease 63

O.P. Bortkevych, A.O. Sytenko

Risk factors for low bone density
and the development of syndesmophytes
in men with ankylosing spondylitis:
a retrospective analysis 64

*N.V. Grygorieva, M.A. Bystrytska,
N.V. Zaverukha, V.V. Povoroznyuk*

Mineral density
of subchondral bone tissue
in women with knee
osteoarthritis 65

M.B. Dzhus, M.Yu. Dzhus, M.S. Kulyk

Evaluating the quality of life
in patients with sarcopenia:
validation of the Ukrainian version
of the SarQoL questionnaire 65

*M.B. Dzhus, H.V. Mostbauer, M.S. Kulyk,
T.A. Karasevska, T.O. Mefford,
O.V. Reznichenko, O.V. Feldman*

Study of physique and physical
activity in young adults
with juvenile idiopathic
arthritis 66

H.S. Dubetska, V.V. Povoroznyuk











Structural and functional state
of bone tissue in men and women
with hyperuricemia and gout 67


<i>Калашніков А.В., Апуховська Л.І., Ставінський Ю.О., Літун Ю.М.</i>	<i>A.V. Kalashnikov, L.I. Apukhovska, Yu.O. Stavinskyi, Yu.M. Litun</i>
Дозозалежний вплив кальцію та вітаміну D ₃ на показники мінерального обміну щурів (експериментальне дослідження) ... 68	Dose-dependent effect of calcium and vitamin D ₃ on mineral metabolism in rats (experimental study) 68
<i>Калашніков А.В., Григоровський В.В., Кузів Є.Л., Апуховська Л.І.</i>	<i>A.V. Kalashnikov, V.V. Hryhorovskiy, Ye.L. Kuziv, L.I. Apukhovska</i>
Поєднане застосування вітамінів D та E покращує стан кісткової та хрящової тканини на фоні прийому глюкокортикоїдів 68	The combined use of vitamins D and E improves the status of bone and cartilage tissue against the background of glucocorticoid intake... 68
<i>Калашніков А.В., Лазарев І.А., Ставінський Ю.О., Літун Ю.М., Вдовіченко К.В., Даценко О.М., Сивак А.М.</i>	<i>A.V. Kalashnikov, I.A. Lazarev, Yu.O. Stavinskyi, Yu.M. Litun, K.V. Vdovichenko, O.M. Datsenko, A.M. Syvak</i>
Особливості хірургічного лікування переломів проксимального відділу стегнової кістки у пацієнтів літнього віку 69	Features of surgical treatment for proximal femoral fractures in elderly patients 69
<i>Калашніков А.В., Літун Ю.М.</i>	<i>A.V. Kalashnikov, Yu.M. Litun</i>
Альтернативний метод діагностики остеопорозу 69	Alternative method of diagnosing osteoporosis 69
<i>Нішкумай О.І., Нікітін О.Д., Кордубайло І.А., Атаманенко О.А., Лазарєв П.О., Лазарєва К.П.</i>	<i>O.I. Nishkumai, O.D. Nikitin, I.A. Kordubailo, O.A. Atamanenko, P.O. Lazariiev, K.P. Lazariieva</i>
Сечокам'яна хвороба, кальцифікація судин та вторинний гіперпаратиреоз — невирішені питання коморбідності 70	Kidney stones, vascular calcification and secondary hyperparathyroidism are unresolved issues of comorbidity 70
<i>Омельчук В.П., Омельчук І.В.</i>	<i>V.P. Omelchuk, I.V. Omelchuk</i>
Особливості діагностики та лікування подагричних тофусів атипової локалізації..... 71	Features of diagnosis and treatment of gouty tophus of atypical localization 71
<i>Осман Н.С., Фролова Т.В., Стенкова Н.Ф., Коліушко К.Г.</i>	<i>N.S. Osman, T.V. Frolova, N.F. Stenkova, K.H. Koliushko</i>
Результати вибіркового моніторингу поліморфізмів Bsm1 та FokI гена VDR у дітей 72	Results of selective monitoring of BSML and FOKL polymorphisms of the VDR gene in children 72
<i>Романенко М.С., Синьок Л.Л., Півень Л.В., Іваненко Л.Д.</i>	<i>M.S. Romanenko, L.L. Synieok, L.V. Piven, L.D. Ivanenko</i>
Харчовий патерн і остеопороз: приховані ризики..... 72	Dietary pattern and osteoporosis: hidden risks..... 72
<i>Стахова А.П., Кондратюк В.Є.</i>	<i>A.P. Stakhova, V.Ye. Kondratiuk</i>
Спіронолактон у хворих на ревматоїдний артрит старшого віку в поєднанні з резистентною артеріальною гіпертензією: ефективність дії на структурну перебудову міокарда 73	Spironolactone in the elderly with rheumatoid arthritis associated with resistant hypertension: effects on structural changes in the myocardium 73

Від мрії до надії

**Перша в Україні клініка сучасної діагностики
та лікування нейроімунологічних захворювань**

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ:

-  **Хронічних нейроінфекцій**
-  **Розсіяного склерозу**
-  **Енцефалітів та енцефаломієлітів**
-  **Міастеній**
-  **Демієлінізуючих полінейропатій**
-  **Епілепсій**
-  **Панічних атак і депресій**
-  **Невритів та невралгій**
-  **Імунодефіцитів**
-  **Аутистичного спектра у дітей**

 +38 067 689 88 33
+38 066 689 88 33
+38 063 689 88 33

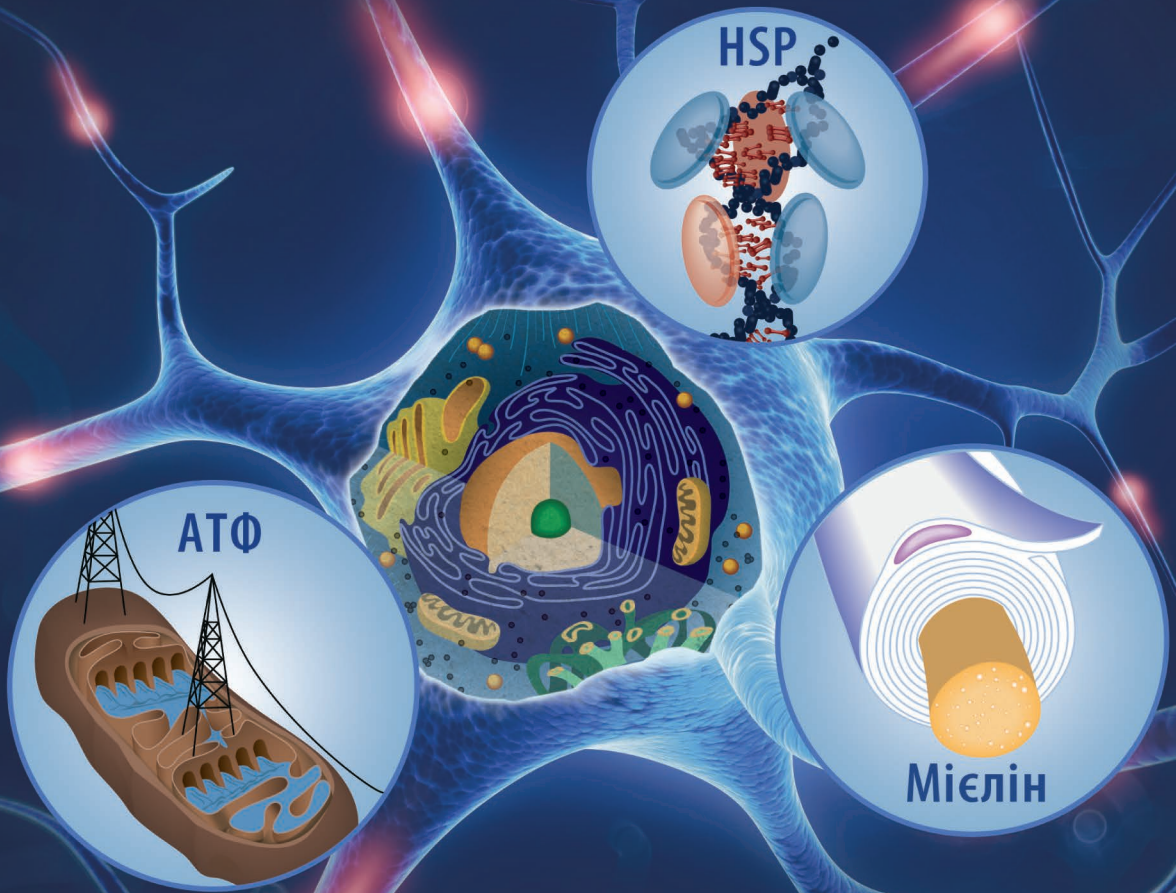
 www.vivereclinic.com

 м. Київ,
вул. Ломоносова, 71-Б



Цереброкурин®

Максимально повне відновлення



- Усуває мітохондріальну дисфункцію в нейрональних клітинах*.
- Сприяє відновленню мієлінових оболонок**.
- Стимулює енергетичний метаболізм та синтез білків в нейронах при гіпоксії мозку**.
- Зменшує інвалідизацію та смертність***.



* Знаменская Т.К. и др. Применение цереброкурина в комплексном лечении асфиксии у новорожденных. Медицина неотложных состояний. № 5. 2007.

** Ihor Belenichev, Sokolik Elena (11. 2011) Nitrozone Stress and Neurological Disorders in Experimental Alcohol Intoxication and Their Pharmacological Correction by Neuropeptides. Inventi Rapid: Molecular Pharmacology, Vol. 2011, Issue 4.

*** В.И.Черный и соавт. Перспективы нейротрофической церебропротекции в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы и мозгового инсульта. Международный неврологический журнал. № 4. 2010.

Склад: 1 мл розчину містить 2 мг Цереброкуруну; активних нейропептидів, отриманих з мозку змбронів великої рогатої худоби. **Лікарська форма.** Розчин для ін'єкцій. **Фармакотерапевтична група.** Психостимулюючі та ноотропні засоби.

Код АТХ N06B X. Фармакологічні властивості. Пептидний модулятор Цереброкурин® впливає на вищу нервову діяльність шляхом активації енергопродуруючої та біосинтезуючої функції нервових клітин, підвищення активності синаптичного апарату нейронів. Цереброкурин® сприяє збільшенню діаметра мітохондрій, збільшенню їх площі в одиниці об'єму та відокремленню мієлінових оболонок у нейронах мозку, мозочку руйнування яких відбувається при гіпоксичному ураженні нейронів. Препарат чинить ноотропну та вазоактивну дію, виявляє регулюючий вплив на біоелектричну активність мозку. Цереброкурин® покращує артеріальний та венозний церебральний кровообіг. Ноотропна, гіполіпідемічна, гелятопротекторна, анаболічна дія сприяє реституції порушених функцій центральної нервової системи, зумовлених як функціональним, так і органічним ураженням головного мозку, нормалізації емоційно-мисливих функцій, розширює діапазон адаптаційних реакцій, що сприяє фізичній, психічній та соціальній реабілітації хворих із нервовими та психічними захворюваннями. При спадковому детермінованому і генетично зумовлених захворюваннях Цереброкурун® чинить стабілізуючий ноотропний ефект. **Показання. Захворювання, які характеризуються порушенням функцій центральної нервової системи,** зокрема різні форми нейроциркуляторної дистонії, хронічні ішемічні дисциркуляторні та посттравматичні енцефалопатії, залишкові явища гострого порушення мозкового кровообігу, після перенесених нейрохірургічних реконструктивних операцій на магістральних судинах голови; при хворобі Альцгеймера, синдромі Бінасангера, при синдромі хронічної втоми та віковому слабоумстві судинного генезу, деменції змішаних форм, інтелектуальних динамічних порушеннях, психоорганічному синдромі з інтелектуальною недостатністю; наслідках енцефаліту; хвороби Дауна, синдромах Ретта та Мартіна-Белла. **У педіатричній практиці** – при затримці психічного розвитку та мовлення, вродженій алалії та дислексії, наслідках інсульту з афазією; церебральному паралічу з психоомовною затримкою (нетяжкого ступеня), апарічному (декортикаційному) синдромі – у підгострому періоді та при його наслідках без частих епілептичних нападів, наслідках енцефаліту або черепно-мозкової травми з розладами інтелектуальних функцій та стійких цефалгій, млявих паралічах. У неонатальному періоді – при помірній та тяжкій асфіксії, наслідках тяжкої хронічної гіпоксії. **В офтальмологічній практиці** – синільна макулодистрофія (суха та волога форми), висока ускладнена короткозорість, стани після відшарування сітківки, часткова атрофія зорового нерва, посттравматична макулодистрофія, центральна серозна хоріоретиніопатія, непроліферативна діабетична ретиніопатія без вираженого набряку макулярної ділянки, глаукома з компенсованим внутрішньоочним тиском.

Протипоказання. Підвищена індивідуальна чутливість до компонентів препарату, вагітність, період годування груддю. **Спосіб застосування та дози.** Внутрішньом'язово. Дорослим по 2 мл щоденно, мінімальний курс лікування – 10 ін'єкцій. Хворим з тяжкими органічними ураженнями головного мозку, хворобою Альцгеймера курс може бути збільшений до 40 ін'єкцій, повторні курси рекомендують проводити 2-3 рази на рік. У педіатричній практиці застосовувати з перших днів життя до 6-місячного віку – по 0,5 мл через день, на курс лікування – 3-5 ін'єкцій; віком від 6 місяців до 1 року – по 0,5 мл через день, на курс лікування 10 ін'єкцій; дітям віком 1-3 роки – по 1-2 мл через день, курс – 10 ін'єкцій; віком від 3 років – 2 мл через день, 10-20 ін'єкцій. Доцільні повторні курси (2-4) через 1-3 місяці. Новонародженим та дітям віком до 3 років лікування препаратом слід проводити в умовах стаціонару. В офтальмологічній практиці Цереброкурун® вводити внутрішньом'язово: по 2 мл щоденно або перші п'ять ін'єкцій внутрішньом'язово, потім 1 мл перифубарно, 1 мл внутрішньом'язово. Ін'єкції здійснювати щоденно, без перерви. Мінімальний курс лікування – 10 ін'єкцій. **Категорія відпуску.** За рецептом.

Виробник: ТОВ «НІР», Україна, 02160, м. Київ, Харківське шосе, 50. Тел./факс: +38(044) 292-30-91; +38(098) 682-39-69.

Дана інформація призначена для фахівців у сфері охорони здоров'я. Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату.

www.cerebrocurin.com.ua

IGP
pharm



Регистраційне посвідчення № UA75560101 від 17.01.2018

Страфун С.С., Білявський В.О. Біль у ліктьовому куті зап'ястка: сучасний стан проблеми у пацієнтів літнього віку 73	S.S. Strafun, V.O. Biliavskiy Ulnar-sided wrist pain: current status in elderly patients 73
Страфун С.С., Галій Ю.І., Лисак А.С. Вивчення впливу аспірату кісткового мозку на денервованій м'яз за даними електроміографічного дослідження 74	S.S. Strafun, Yu.I. Haliy, A.S. Lysak Studying the effect of bone marrow aspirate on denervated muscle according to electromyographic study..... 74
Страфун С.С., Занько І.С. Причини протезування плечового суглоба у хворих із травматичними ушкодженнями проксимального відділу плечової кістки та їх наслідками 74	S.S. Strafun, I.S. Zanko Causes of shoulder joint replacement in patients with traumatic injuries of the proximal humerus and their consequences 74
Страфун С.С., Кулик Ю.А., Білявський В.О. Часткові (парціальні) ушкодження великого грудного м'яза..... 75	S.S. Strafun, Yu.A. Kulyk, V.O. Biliavskiy Partial ruptures of the pectoralis major muscle..... 75
Сулима В.С., Валовіна Ю.Д., Філяк Ю.О. Ускладнення хірургічного лікування хворих літнього віку з переломами проксимального відділу стегнової кістки 76	V.S. Sulyma, Yu.D. Valovina, Yu.O. Filiak Complications of surgical treatment of elderly patients with proximal femoral fractures..... 76
Яковлева О.О., Масік Н.П. Полярні варіанти маси тіла і механіка дихання при коморбідності ХОЗЛ і цукрового діабету 76	O.O. Yakovleva, N.P. Masik Diametrically opposite body weights and respiratory mechanics in comorbidity of COPD and diabetes mellitus..... 76
Яременко О.Б., Коляденко Д.І., Матіяшук І.Г., Юр'єва Г.О. Спектр дебютних клініко-лабораторних проявів системного червоного вовчачка в осіб різних вікових категорій 77	O.B. Yaremenko, D.I. Koliadenko, I.H. Matiashchuk, H.O. Yurieva The range of onset clinical and laboratory manifestations of systemic lupus erythematosus in people of different ages ... 77
Яременко О.Б., Мазанко К.В. Остеопороз у хворих зі спондилоартритом: результати DEXA... 78	O.B. Yaremenko, K.V. Mazanko Osteoporosis in patients with spondyloarthritis: results of DEXA 78
Яременко О.Б., Сидорова А.О., Федьков Д.Л., Добрянський Д.В., Смірнова О.В., Жукова В.С. Особливості болю в спині у жінок дорослого віку..... 79	O.B. Yaremenko, A.O. Sydorova, D.L. Fedkov, D.V. Dobrianskyi, O.V. Smirnova, V.S. Zhukova Features of back pain in adult women 79
Яцуляк М.Б., Немеш М.М., Марциняк С.М., Філіпчук В.В. Клінічна і рентгенограмометрична діагностика патології кульшового суглоба у пацієнтів із ДЦП 79	M.B. Yatsuliak, M.M. Nemesh, S.M. Martsyniak, V.V. Filipchuk Clinical and radiometric diagnosis of hip joint pathology in patients with cerebral palsy 79
Вимоги до оформлення статей..... 81	Guidelines for submitting articles..... 81
Медична книга..... 83	Medical Book 83

До лікування у відділенні за шкалою Quick DASH стан хворих, яким було проведено оперативне лікування, становив $77,40 \pm 12,05$ бала, у тих, хто лікувався консервативно, — $87,30 \pm 9,21$ бала ($p = 0,69$). Стан обстежених хворих за «Опитувальником суб'єктивної оцінки пацієнтів з ушкодженням ВГМ» до лікування дорівнював $79,00 \pm 10,56$ бала у групі, яка лікувалася оперативно, і $81,30 \pm 2,63$ бала у групі з консервативним лікуванням ($p = 0,69$). За двома опитувальниками групи були однорідними та відповідали незадовільному стану хворих.

Через $12,0 \pm 2,8$ місяця повторно проводилася оцінка результатів лікування. Показники за шкалою Quick DASH у групі хворих оперативного лікування становили $14,20 \pm 9,55$ бала та консервативного — $69,8 \pm 6,4$ бала ($p = 0,00002$). Показники «Опитувальника суб'єктивної оцінки пацієнтів з ушкодженням ВГМ» у групі оперативного лікування — $11,8 \pm 11,1$ бала та $72,50 \pm 7,04$ бала у групі консервативного лікування ($p = 0,00003$). Відповідно до розрахунків наявна статистично значуща різниця та результат консервативного лікування визначений як незадовільний.

Як за шкалою Quick DASH, так і за «Опитувальником суб'єктивної оцінки пацієнтів з ушкодженням ВГМ» результати були негативними в обох групах на момент початку лікування. Через рік після лікування в оперованій групі спостерігалися відмінні та хороші результати, у консервативній — незадовільні результати. Ми не відзначили жодних ускладнень після хірургічних втручань у цієї групи пацієнтів.

Висновки. Таким чином, часткові (парціальні) ушкодження ВГМ зустрічаються рідко й часто не діагностуються. Ушкодження потребує ретельного диференціювання та додаткових методів обстеження. Золотим стандартом діагностики часткових ушкоджень ВГМ є МРТ. Фізично активні пацієнти з частковими (парціальними) ушкодженнями ВГМ потребують оперативного лікування, яке дозволяє отримати відмінні та добрі результати, консервативне — незадовільні. У зв'язку з наявністю малої кількості пацієнтів у нашому дослідженні тактика лікування часткових (парціальних) ушкоджень ВГМ потребує подальшого дослідження.

Сулима В.С., Валовіна Ю.Д., Філяк Ю.О.
Івано-Франківський національний медичний
університет, м. Івано-Франківськ, Україна

Ускладнення хірургічного лікування хворих літнього віку з переломами проксимального відділу стегнової кістки

Важливою медико-соціальною проблемою залишається лікування літніх осіб з переломами проксимального відділу стегнової кістки (ППВСК). У пацієнтів з ознаками остеопорозу навіть після успішного хірургічного

втручання кількість ускладнень у післяопераційному періоді сягає 7–15 %.

Мета дослідження — визначити характер післяопераційних ускладнень у хворих літнього віку з ППВСК.

Матеріали та методи. Проведено аналіз результатів лікування 98 хворих літнього віку (середній вік — $76,2 \pm 10,3$ року), із них 12 осіб було чоловічої та 56 жіночої статі. Після загальноклінічних обстежень, ортопедичного огляду, рентгенографії стегна та кульшового суглоба з визначенням типу перелому та ступеня зміщення уламків протягом трьох діб виконали остеосинтез цефаломедулярним фіксатором PFNA. Серед переломів у $84,8 \pm 7,1$ % осіб переважали переломи типу 31 A2.2–2.3, A3.2–3.3. Спостереження проводили протягом 36 міс. за 68 хворими, з якими вдалося встановити контакт.

Результати. Вторинне післяопераційне зміщення кісткових фрагментів із прорізуванням «cut-out» шийкового компонента виявили у 7,4 % ($n = 5$) пацієнтів протягом 6 місяців після операції, міграцію шийкового компонента — у 4,4 % ($n = 3$) протягом 1 місяця. Порушення розташування шийкового компонента (за індексом Parker) при остеосинтезі виявлено на контрольних рентгенограмах у 3 хворих, що могло стати причиною ускладнень. Нагноєння післяопераційної рани відбулось у 2,9 % ($n = 2$) випадків. Загальний показник ускладнень протягом 36 місяців становив 14,7 %.

Висновки. Ускладнення («cut-out», міграція) залежать не тільки від технічних недоліків оперативного лікування осіб літнього віку, але й від інших причин, зокрема стану кісткової тканини, який потребує не тільки доопераційного визначення, але й контролю протягом тривалої післяопераційної медикаментозної корекції.

Яковлева О.О., Масік Н.П.
Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

Полярні варіанти маси тіла і механіка дихання при коморбідності ХОЗЛ і цукрового діабету

Актуальність. Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) — поширена патологія, частота якої, за прогнозами, в найближчі роки зростатиме й за значущістю досягне 3–4-го рівня серед причин захворюваності та смертності. Приріст розвитку цукрового діабету (ЦД) у всьому світі також не викликає сумнівів, вселяючи тривогу й розуміння необхідності достатньої уваги до цих нозологій. Встановлено, що ризик розвитку ЦД у пацієнтів з ХОЗЛ вищий, особливо при тяжких формах — групи С і D. У більшості хворих ХОЗЛ асоціюється з супутніми хронічними

захворюваннями, зокрема дисфункцією скелетних м'язів, саркопенією та ожирінням, що призводить до несприятливого впливу на вентиляцію легень. Як ожиріння, так і саркопенія часто поєднуються зі старінням і разом можуть сприяти прогресуванню таких захворювань, як діабет та серцева недостатність. Однак відомості про патофізіологічні механізми, що лежать у основі цієї асоціації, неоднозначні і маловідомі.

Мета дослідження — оцінити результати метааналізів щодо механізмів порушення м'язової системи при коморбідності ХОЗЛ і ЦД.

Результати. З огляду на рекомендації EWGSOP2 (2018), основним критерієм саркопенії слід вважати силу м'язів. Однак при ХОЗЛ цей критерій має суперечливий характер. Особливості клінічного перебігу ХОЗЛ дозволили виділити фенотипи хворих залежно від конституційних змін: бронхітичний та емфізематозний. Пацієнти з бронхітичним типом характеризувались наявністю зайвої маси тіла або ожирінням, тоді як з емфізематозним — наростанням атрофії м'язів, втратою маси тіла. A. Jaitovich та співавт. (2019) вважають, що при однаковому ступені обструкції дихальних шляхів пацієнти з емфізематозним фенотипом мають порівняно більшу втрату м'язів, ніж особи з хронічним бронхітом. В огляді E. Benz та співавт. (2019) проведено аналіз поширеності саркопенії при ХОЗЛ у Європі, Азії та Південній Америці. Автори встановили, що саркопенія реєструвалася в 7,9–66,7 % серед пацієнтів з ХОЗЛ віком 62–84 років. Враховуючи велику різноманітність методів аналізу знежиреної маси, отримані результати відрізнялись з урахуванням гетерогенності джерел: у клінічних умовах (12,4–28,1 %), у населених пунктах серед населення (7,9–8,4 %) або в будинках для осіб літнього віку (53,8–66,7 %). Поширеність саркопенії серед останніх була найбільш високою, за умов виключення цієї групи частота саркопенії зменшилася до 16,5 %. За даними M. Tsekoura та співавт. (2020), поширеність саркопенії у пацієнтів з ХОЗЛ становила 24,6 %. Частота саркопенії при ЦД була вищою (12,9 %) порівняно з контролем (5,4 %) (Pechmann L.M. та співавт., 2020).

Результати численних досліджень вказують на те, що при ХОЗЛ зниження м'язової маси тісно пов'язане з ендокринними розладами, зокрема дисфункцією в системі «соматотропний гормон — інсуліноподібний фактор росту-1», зниженням рівня тестостерону і його попередника — дегідроепіандростерона (ДГЕА), а також збільшенням відношення кортизол/ДГЕА. Однак молекулярні механізми ефектів інсуліну, гормонів жирової тканини на м'язову систему залишаються мало вивченими за умов коморбідності ХОЗЛ і ЦД. Особлива роль у цих процесах належить дисбалансу ендогенних гормонів з анаболічними властивостями. Зменшення розмірів м'язових волокон означає втрату маси інсулінчутливої тканини-мішені, що сприяє розвитку інсулінорезистентності, ЦД, а отже, ожиріння та метаболічного синдрому. Виходячи з цього, зменшення м'язової (знежиреної) маси не є ізолюваним про-

цесом, а відбувається з одночасним накопиченням жирової маси.

У роботах S.G. Wannamethee та співавт. (2016) показано, що ожиріння супроводжується надмірною продукцією та порушеною утилізацією ліпідів, які накопичуються ектопічно в скелетних м'язах. Такі внутрішньом'язові ліпіди та їх похідні індукують дисфункцію мітохондрій, що порушує здатність до β-окиснення жирних кислот у м'язах і підвищує утворення активних форм кисню. A. Kalinkovich та співавт. (2017) вважають, що це сприяє виникненню ліпотоксичного середовища й інсулінорезистентності, а також підвищує секрецію деяких прозапальних міокінів, здатних викликати дисфункцію м'язів авто- та паракринним шляхом. У свою чергу, міокіни можуть посилювати запальні процеси в жировій тканині, а також підтримувати стан субклінічного хронічного системного запалення. Це підтверджено дослідженням Satoshi Kurose та співавт. (2021), в якому рівні адипонектину сироватки крові негативно корелювали з маркерами маси й сили скелетних м'язів. Дослідження COPD-Gene показало, що вміст ліпідів у м'язах корелював зі зниженням активності окиснювальних ферментів і фізичною працездатністю. Отже, і міостатин, і адипонектин відіграють важливу роль у функції скелетних м'язів, регулюючи передачу сигналів інсуліну й енергетичний метаболізм і формуючи порочне коло, що підтримує запальний процес одночасно в жировій тканині та скелетних м'язах.

Висновки. Саркопенія та ожиріння, як полярні варіанти маси тіла, справляють взаємно обтяжуючу дію при коморбідності ХОЗЛ і ЦД.

Яременко О.Б., Коляденко Д.І., Матіящук І.Г., Юр'єва Г.О.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Спектр дебютних клініко-лабораторних проявів системного червоного вовчака в осіб різних вікових категорій

Актуальність. Дебют системного червоного вовчака (СЧВ) переважно припадає на проміжок між другою та четвертою декадою життя. Проте можливий також розвиток захворювання як у дитинстві, так і в пері- та постменопаузальному періоді (Ambrose N. та співавт., 2016). Відомості про вплив віку на момент дебюту СЧВ, на його клінічну картину та перебіг залишаються неоднозначними (Massias J.S. та співавт., 2020; Medhat V.M. та співавт., 2020).

Мета дослідження — оцінити спектр дебютних клініко-лабораторних проявів у хворих на СЧВ різних вікових категорій.

Матеріали та методи. Обстежено 258 хворих на СЧВ до початку адекватної терапії, серед яких було 225 жі-