

слідками триваючої таргетної терапії. Кожен фенотип АНЦА-асоційованого васкуліту та відсутність ураження окремих органів також мають враховуватися при оцінці загального ризику рецидиву.

11. САРКОПЕНІЯ У МОЛОДИХ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАПАЛЬНИМИ АРТРИТАМИ

**М.С. Кулик¹, Р.А. Потьомка², А.Л. Новицька²,
О.І. Івашківський², Т.А. Карасевська¹,
Г.В. Мостбауер¹, керівник проєкту М.Б. Джус^{1,2}**

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна

²Комунальне некомерційне підприємство «Олександрівська клінічна лікарня», Київ, Україна

Вступ. Саркопенія — це захворювання, що характеризується зниженням м'язової маси та м'язової сили або фізичної працездатності. Поширеність саркопенії при різних ревматичних захворюваннях зараз активно досліджується. Проте досі мало даних щодо поширеності саркопенії серед пацієнтів із запальними артритами молодого віку.

Мета. Дослідження спрямоване на вивчення поширеності саркопенії у молодих дорослих із запальним артритом (ЗА) та виявлення факторів, пов'язаних із низькою м'язовою масою та силою.

Матеріали та методи. Одноцентрове перехресне дослідження, яке включало молодих пацієнтів із ЗА (ювенільним ідіопатичним артритом (ЮІА), спондилоартритом (СпА) і ревматоїдним артритом (РА)) віком 18–44 роки і тривалістю захворювання більше 2 років. Критеріями виключення були цукровий діабет, ендопротезування, системний варіант ЮІА, вагітність та будь-яка тяжка супутня патологія, яка могла б вплинути на результати дослідження. Динамометрія за допомогою кистьового динамометра Jamar використовувалася для визначення сили стискання. Порогові значення для зниження м'язової сили становили <27 кг для чоловіків і <16 кг для жінок. Для визначення індексу апендикулярної знежиреної маси (ІАЗМ) проводили двохфотонну рентгенівську абсорбціометрію (ДРА) з такими пороговими значеннями: <5,67 кг/м² у жінок і <7,0 кг/м² у чоловіків. Пацієнти зі зниженою м'язовою масою та силою вважалися саркопенічними. Логістичний регресійний аналіз проводився для виявлення факторів, пов'язаних із саркопенією. Статистичну значущість визначали як $p < 0,05$.

Результати. У дослідження включили 138 пацієнтів, яким проведено ДРА. Середній вік пацієнтів становив 28,5 року; 76 (55%) пацієнтів — жінки, 62 (45%) — чоловіки. У дослідженні брали участь 70 пацієнтів (50,7%) з ЮІА, 51 — зі СпА (37%) і 17 (12,3%) — з РА. Поширеність саркопенії становила 47% у всіх пацієнтів із ЗА. Поширеність саркопенії суттєво відрізнялася між групами і становила 57% у пацієнтів з ЮІА, 29% — із СпА та 59% — з РА (χ^2 , $p = 0,006$). При багатофакторному аналізі індекс маси тіла (ІМТ) (відношення шансів (ВШ) 0,77; 95% довірчий інтервал (ДІ) 0,66–0,89, $p = 0,001$), мінеральна щільність кісткової тканини (МЩКТ) в ділянці шийки стегнової кістки (ВШ 0,02; 95% ДІ 0,001–0,741, $p = 0,03$), 25-гідроксिवітамін D (25(OH)D) (ВШ 0,96; 95% ДІ 0,93–0,98, $p = 0,001$) та функціональна здатність за опитувальником оцінки стану здоров'я (Health Assessment Questionnaire —

HAQ) (ВШ 11,1; 95% ДІ 3,37–36,73, $p = 0,0001$) були незалежно пов'язані з підвищеним ризиком саркопенії.

Висновок. Результати дослідження свідчать про високу поширеність саркопенії серед пацієнтів молодого віку із ЗА, що потребує подальших досліджень. Нижчий ІМТ, нижча МЩКТ, концентрація 25(OH)D і вищий бал за HAQ пов'язані із саркопенією.

12. ВПЛИВ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПОДАГРОЮ НА ФОНІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

О.М. Лазаренко, А.П. Кузьміна

Дніпровський державний медичний університет, Кривий Ріг, Україна

Мета. Оцінити ефективність антигіпертензивної терапії у лікуванні пацієнтів із подагрою на фоні артеріальної гіпертензії (АГ) на показники якості життя на етапі первинної ланки.

Матеріали та методи. Виділено дві групи пацієнтів із подагрою на фоні АГ. 1-ша група, 36 пацієнтів, які отримували лозартан (50–100 мг на добу залежно від ступеня АГ), алопуринол, аторвастатин. 2-га група, 36 осіб, які отримували раміпріл (2,5–10 мг на добу залежно від ступеня АГ), алопуринол, аторвастатин. Усім пацієнтам із подагрою в стадії ремісії призначали алопуринол в стартовій дозі 100 мг на добу, з подальшим титруванням дози кожні 2–4 тиж та визначенням рівня сечової кислоти (СК) у крові до досягнення цільового рівня <360,0 мкмоль/л, а також колхіцин 0,5 мг на добу протягом 6 міс з метою профілактики загострення. Аторвастатин призначали в дозі 20 мг на добу з подальшим титруванням дози до досягнення цільового рівня холестерину ліпопротеїдів низької щільності. Діагноз подагри встановлювався згідно з критеріями Американського коледжу ревматології (American College of Rheumatology — ACR) та Європейського альянсу ревматологічних асоціацій (European Alliance of Associations for Rheumatology — EULAR) 2015 р. Якість життя оцінювали за допомогою загальної стандартизованої анкети SF-36. Оцінка функціонального статусу пацієнта здійснювалася з використанням опитувальника стану здоров'я HAQ-DI. Статистичний аналіз проводився за допомогою Statistica 6.1.

Результати. У 1-й групі пацієнтів більшість становили чоловіки (33 (91,7%)), як і в 2-й (32 (88,9%), $p > 0,05$). Середній вік хворих 1-ї групи 50,0 (47,0–57,5) років, 2-ї — 57,0 (47,0–62,5) років, $p > 0,05$. Тривалість подагри в обох групах — близько 4 років, тривалість АГ — 6 років, загальна кількість уражених суглобів — 6, кількість загострень подагри на рік — 4. Тобто до початку лікування між групами не встановлено статистично значущих відмінностей за статтю, віком, рівнем артеріального тиску, стадією та ступенем АГ, клінічними характеристиками подагри, індексом маси тіла, формою артриту, ступенем тяжкості подагри. У досліджуваних групах хворих оцінено показники якості життя пацієнтів до та після лікування. Встановлено, що до призначення лікування не відмічено достовірної різниці між групами за опитувальниками SF-36, HAQ-DI. У пацієнтів обох груп були знижені показ-