

## ЗМІСТ

### ЮВІЛЕЙНА ДАТА

ТАІСА ПЕТРІВНА СКРИПНІКОВА: «ШЛЯХ У СВІТ МАЙСТЕРНОСТІ» .....	8
--	---

### ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

*А.Ю.Кордіяк*

ОСОБЛИВОСТІ УТВОРЕННЯ, ПРИЧИНИ УШКОДЖЕННЯ ТА МОЖЛИВОСТІ ВІДНОВЛЕННЯ ЗУБОЕПІТЕЛІАЛЬНОГО З'ЄДНАННЯ .....	10
---	----

*С.А. Олійник, О.Л. Козеренко*

ОКИСНИЙ СТРЕС ЗА ГІПОКСИЧНИХ СТАНІВ: ОГЛЯД НАУКОВОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	15
---	----

### ДИСКУСІЇ

*Г.Е. Загоруйко, Е.В. Иванова, Ю.В. Загоруйко, М.К. Адейшвили - Сыромятникова*

ПРИЛОЖЕНИЕ ЗАКОНОВ СИММЕТРИИ И СФЕРИЧЕСКОЙ ГЕОМЕТРИИ К ПРОЦЕССАМ РОСТА И СОЗРЕВАНИЯ Фолликулов Яичников ПОЛОВОЗРЕЛЫХ МЛЕКОПИТАЮЩИХ .....	22
--	----

### ЛЕКЦІЇ

*М.Д. Курський, О.М. Корженко*

РЕГУЛЮВАННЯ АКТИВНОСТІ ФЕРМЕНТІВ.....	30
---------------------------------------	----

### БІОЛОГІЯ

*О.В. Вірченко, Т.В. Берегова, О.І. Цирюк*

ДОСЛІДЖЕННЯ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОГО ВПЛИВУ МУЛЬТИПРОБІОТИКА "СИМБІТЕР" ПРИ РОЗВИТКУ ГОСТРИХ УРАЖЕНЬ В СЛИЗОВІЙ ОБОЛОНЦІ ШЛУНКА ЩУРІВ .....	41
---	----

*Д.В. Голишкін, Т.М. Фалалеева, В.М. Кухарський, Н.В. Чижанська, Т.В. Берегова*

ВПЛИВ МЕЛАНІНУ НА УРАЖЕННЯ В СЛИЗОВІЙ ОБОЛОНЦІ ШЛУНКА ЩУРІВ, ВИКЛИКАНІ МЕТОДОМ НЕРВОВО-М'ЯЗОВОГО НАПРУЖЕННЯ ЗА СЕЛЬЄ .....	47
---	----

*О. В. Горенская, А. Б. Гаврилов, Ю. Г. Шкорбатов В. А. Катрич*

ВЛИЯНИЕ ГЕНОТИПА НА ПРИСПОСОБЛЕННОСТЬ ДРОЗОФИЛЫ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ МАЛЫХ ДОЗ СВЕРХВЫСОКОЧАСТОТНОГО ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ .....	52
--	----

*В.Г. Кузнецова, Г.Ф. Жегунов*

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ЭКСТРАКТОВ ИЗ ЭМБРИОНАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ КУР НА ИММУННУЮ СИСТЕМУ И СЕРДЦЕ КРЫС.....	56
--	----

*І.П Михайлова, І.В Белочкіна, Л.М Тининіка, Б.П Сандомирський*

ВИВЧЕННЯ ДЕЯКИХ ФІЗИКО-ХІМІЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ КОЛАГЕНУ, ВИДІЛЕНОГО ЗІ ШКІРИ R.RIDIBUNDA .....	61
---	----

*О.А. Наконечна*

СТАН НЕСПЕЦИФІЧНОЇ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ОРГАНІЗМУ ЩУРІВ ЗА УМОВ ТРИВАЛОЇ ДІЇ ПРОСТИХ ПОЛІЕФІРІВ .....	65
--	----

<i>Н.В. Заїчко</i> БІОХІМІЧНІ МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ ТРОМБОФІЛІЇ, ІНДУКОВАНОЇ ХРОНІЧНИМ НАВАНТАЖЕННЯМ ТІОЛАКТОНОМ ГОМОЦИСТЕЇНУ ТА ЙОГО КОМБІНАЦІЄЮ З L-NAMЕ. КОРЕКЦІЯ ВІТАМІННО-МІКРОЕЛЕМЕНТНИМ КОМПЛЕКСОМ .....	126
<i>І.В. Іваницький</i> РІВЕНЬ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД НАЯВНОСТІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ ТА ОТРИМАНОГО ЛІКУВАННЯ .....	133
<i>О.М. Ковальова, Р. М. Федосюк</i> ВПЛИВ ОСНОВНИХ СКЛАДОВИХ ДІАГНОСТИЧНОГО ПРОЦЕСУ НА ЛЕТАЛЬНІСТЬ У ВІДДІЛЕННЯХ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ НОВОНАРОДЖЕНИХ ДИТЯЧИХ ЛІКАРЕНЬ УКРАЇНИ .....	138
<i>Ю.О.Ковальова</i> ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЕНДОТЕЛІУ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ З НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯМ.....	143
<i>І. П. Кудря</i> СПІВВІДНОШЕННЯ РЕМОДЕЛЮВАННЯ ПЕРЕДСЕРДЬ, ШЛУНОЧКІВ ТА ЦИРКАДНОЇ ХРОНОТРОПНО-ІНОТРОПНОЇ АКТИВНОСТІ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ В ПОЄДНАННІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ .....	147
<i>В.В. Ломако, Л.М. Самохіна, О.В. Шило</i> СИСТЕМА ЕЛАСТАЗА- $\alpha$ -1-ІНГІБІТОР ПРОТЕЇНАЗ У ХОМ'ЯКІВ ПРИ ГІБЕРНАЦІЇ .....	153
<i>К.В. Маркова, В.В. Рамазанов, В.А.Бондаренко</i> АНТИГЕМОЛИТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ХПР НА ЭРИТРОЦИТЫ ЧЕЛОВЕКА ПРИ ДЕТЕРГЕНТНОМ ЛИЗИСЕ .....	158
<i>Н.О. Пентюк</i> АКТИВАЦІЯ ПЕЧІНКОВОГО ФІБРОГЕНЕЗУ ЗА УМОВ ВИСОКОЖИРОВОЇ ДІЄТИ У ЩУРІВ. РОЛЬ ГІПЕРГОМОЦИСТЕЇНЕМІЇ ТА ВАЗОАКТИВНИХ МЕДІАТОРІВ .....	164
<i>А.А. Опарин, О.Е. Шаповалова, Т.Н. Опарина, Ю.И. Двояшкина</i> СОСТОЯНИЕ СЕКРЕТОРНОЙ И МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА С УЧЕТОМ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У СТУДЕНТОВ.....	170
<i>С.М. Расин, Е.И. Патенко</i> РАСПРОСТРАНЕНИЕ ДЕМЕНЦИИ И ЕЕ ФАКТОРОВ РИСКА У ЖЕНЩИН СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, ПАЦИЕНТОВ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ПАНСИОНАТА .....	174
<i>О.І. Ромаданова</i> ЕФЕКТИВНІСТЬ КОРЕКЦІЇ КЛІТИННИХ МЕХАНІЗМІВ ПРОГРЕСУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК ПРИ ГІПЕРТОНІЧНІЙ ХВОРОБІ .....	179
<i>Н.В. Соловйова, В.О.Костенко</i> ЗМІНИ ОКСИДОВАЛЬНОГО МЕТАБОЛІЗМУ В СПЕРМАТОЗОЇДАХ БІЛИХ ЩУРІВ ПРИ ТРИВАЛІЙ ДІЇ НА ОРГАНІЗМ ВІДПРАЦЬОВАНОВОГО МОТОРНОГО МАСЛА.....	184
<i>Д.Ш.Хасанов</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ХИМИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОГО РАКА ПЕЧЕНИ.....	187
<i>Н.А. Чиж, И.В. Белочкина, Н.В. Дедух, Б.П. Сандомирский</i> ВЛИЯНИЕ ЛИОФИЛИЗИРОВАННОГО МОЛОЗИВА НА ПРОЯВЛЕНИЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ....	189
<i>Е.Є. Чистякова, Н.П. Смоленко, Н.О. Карпенко, А.І. Гладкова</i> ВІДДАЛЕНІ НАСЛІДКИ ФІТОЕСТРОГЕНІЗАЦІЇ МАТЕРІ ДЛЯ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ ЇЇ НАЩАДКІВ ЖІНОЧОЇ СТАТІ .....	195

УДК 616.72 - 002.77 - 008.9 - 08

І.В.Іваницький

## РІВЕНЬ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД НАЯВНОСТІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ ТА ОТРИМАНОВОГО ЛІКУВАННЯ

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

Робота є фрагментом двох науково-дослідних тем: „Значення протизапальних, проаритмічних, дисметаболических факторів для ускладненого перебігу гіпертонічної хвороби, ішемічної хвороби серця: діагностика, лікування”, номер державної реєстрації № 0106U001649; та „Розробка методів профілактики та лікування хвороб, які походять із метаболічного синдрому препаратами, що стимулюють рецептори, які активують проліферацію пероксисом (PPAR- $\gamma$ ) шляхом удосконалення критеріїв діагностики”, номер державної реєстрації № 0107U001555.

**Вступ.** На сучасному етапі розвитку суспільства і медицини все більша увага приділяється не тільки клінічним, лабораторним і інструментальним методам дослідження хворого, але і необхідності застосування єдиного критерію для оцінки стану основних функцій людини: фізичної, психологічної й соціальної складових, що становлять основу якості життя. На сьогоднішній день існує погляд на ревматоїдний артрит (РА) як на психосоматичну патологію. Деструкція суглобів як результат повільно або швидко прогресуючого ерозивного артриту, постійне відчуття болі і скутості протягом багатьох місяців і років, порушення функції суглобів, неможливість виконання звичних дій у повсякденному житті обумовлюють появу у хворих численних психологічних проблем, погіршують перебіг захворювання і значно погіршують якість життя пацієнтів.

За даними деяких вчених, “стрес та зрив імунного гомеостазу з реалізацією хронічного запалювального процесу переважно на рівні опорно-рухового апарату – ось можливий путь розвитку РА як психосоматичної патології”. За думкою самих пацієнтів, психологічний стрес впливав на перебіг хвороби у 80% випадків, а кожний третій хворий називав стрес безпосередньою причиною розвитку хвороби [16]. Існують дослідження, які демонструють, що збільшення активності РА пов’язане з поглибленням депресивних настроїв, а стаціонарне лікування хворих на

РА призводить до зменшення їх вираженості [8]. У той же час відомо, що хворі із депресивним настроєм частіше скаржаться на біль, без достовірного зв’язку між рівнем болю та об’єктивними показниками [7]. Існує думка, що депресія та серцево-судинні захворювання тісно пов’язані. Хворі на депресію мають підвищений ризик розитку ІХС[6] та коронарної смерті [12]. Існують дані що до зв’язку рівня дисліпідемії з рівнем депресії [11].

Якість життя, яка є інтегральною характеристикою різних сфер життєдіяльності людини, обумовлена суб’єктивним його сприйняттям і у медичному розумінні цього терміна завжди пов’язана зі здоров’ям. Якість життя характеризує насамперед зміни фізичного, емоційного і соціального благополуччя хворого під впливом захворювання і лікування [4].

**Мета дослідження.** У той же час в сучасній літературі недостатньо освітлене питання якості життя хворих з РА в залежності від наявності метаболічного синдрому (МС) та отриманого лікування, що і обумовило необхідність проведення даного дослідження.

**Об’єкт і методи дослідження.** Нами було обстежено 127 хворих на ревматоїдний артрит (104 жінки та 21 чоловік) та 44 хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС), стабільну стенокардію II функціонального класу. Середній вік обстежених склав  $47,8 \pm 2,3$  роки. Діагноз РА встановлювався у відповідності до критеріїв Американської спілки ревматологів (ACR, 1987). Для визначення критеріїв метаболічного синдрому проводили антропометричні вимірювання: вимірювали рост, вагу, об’єм талії, об’єм стегон. Розраховували індекс маси тіла за формулою:  $IMT = \text{маса тіла} / \text{ріст} (\text{м})^2$ . Діагноз метаболічного синдрому встановлювали згідно критеріїв ВОЗ 1998 р., критеріїв АТР III (Adult Treatment Panel III) 2001р., критеріїв метаболічного синдрому Міжнародної діабетичної федерації (IDF), 2005 рік.

Хворі були включені в дослідження в різний термін від початку РА: 14,9% (19 чол) – на

першому році хвороби, 33,1% (42 чол) — при тривалості захворювання 1-4 роки, 38,6% (49 чол) — 5-9 років і 13,4% (17 чол) — 10 років і більше. Активність РА на момент включення у дослідження у 29,1% (37 чол) відповідала 1-му ступеню, 53,5% (68 чол) — 2-му і в 17,3% (22 чол) — 3-му ступеню. Серопозитивними по РФ були 51,9% (66 хворих). Після обстежень нами було виділено 37 пацієнтів з РА та МС (28 жінок та 9 чоловіків). Середній вік цих пацієнтів склав  $45,9 \pm 2,1$  роки. Контрольну групу склали 27 практично здорових осіб — 21 жінка і 6 чоловіків із середнім віком  $44,2 \pm 1,3$  роки. З метою вивчення впливу базисної терапії РА на якість життя, на першому етапі дослідження нами були виділені 64 пацієнти з РА (54 жінки і 10 чоловіків), які внаслідок різних причин не отримували базисної терапії РА до моменту включення у наше дослідження. В подальшому усі пацієнти з РА одержували стандартну терапію — метотрексат 7,5-15 мг/тиждень або лефлуномід у дозі 20 мг/добу у поєднанні із метилпреднізолоном 4-8 мг/добу і/або нестероїдними протизапальними препаратами (НПЗП) (диклофенак 75 мг/добу). Критеріями виключення були важка супутня патологія, гострі або загострення хронічних захворювань. Версія короткого опитувальника, що містить 36 пунктів щодо стану здоров'я (Short Form health survey 36, SF 36), і заповнюється пацієнтами, була використана для докладного вивчення якості життя, пов'язаної зі здоров'ям. Форма SF 36 має високу достовірність і адекватність оцінювання надання медичної допомоги при хронічних захворюваннях, у тому числі, при ревматоїдному артриті [2]. Вимірювали інтенсивність болю за допомогою візуальної аналогової шкали (ВАШ), та оцінювали загальний стан за допомогою ВАШ, яка заповнювалась як пацієнтом (ВАШП), так і лікарем (ВАШЛ).

Для визначення депресивного настрою та його змін внаслідок проведеного лікування використовувалась шкала Монтгомері і Асберга для оцінювання депресії (MADRS) яка містить 10 пунктів і враховує всі основні симптоми депресії [14].

Для визначення когнітивних порушень використовувались тест малювання годинника, коротка шкала оцінки психічного статусу MMSE (Mini Mental State Examination), шкала FAB (frontal assessment battery), шкала загального погіршення GDS (Global Deterioration Scale).

Тест малювання годинника проводився наступним чином: хворому пропонували заповнити анкету, одним із пунктів якої стояло завдання: «Намалюйте, будь ласка, круглий годинник із цифрами на циферб-

латі, і щоб стрілки годинника показували без п'ятнадцяти два». Хворий повинен був самостійно намалювати коло, поставити в правильні місця всі 12 чисел і намалювати стрілки, що вказують на правильні позиції. У нормі це завдання не повинно викликати утруднень. Якщо виникали помилки, вони оцінювались кількісно по 10-бальній шкалі. Простота і надзвичайно висока інформативність даного тесту, у тому числі і при легкій деменції, робить його одним з найбільш загальноживаних інструментів для діагностики даного клінічного синдрому [5].

Тест-шкала оцінки психічного статусу Mini Mental State Examination (MMSE) дозволяє в балах оцінити основні показники когнітивних функцій. Цей опитувальник заповнюється лікарем, складається з 5 розділів. Відповіді пацієнта оцінюються відповідно до шкали. Сумарний бал може становити від 0 до 30. Більш високий сумарний бал свідчить про більш високу цілісність когнітивних функцій [3,10].

Для скринінга деменції з переважним ураженням лобних долей або підкіркових церебральних структур, тобто коли чутливість MMSE може бути недостатньою, використовувалась тест-шкала FAB (frontal assessment battery), яка складається з 6 пунктів, кожен з яких оцінюється в 3 бали. Таким чином, результат тесту може варіювати від 0 до 18; при цьому 18 балів відповідають найбільш високим когнітивним можливостям [9].

Шкала Загального Погіршення (Global Deterioration Scale) є однією із найбільш повних клінічних шкал, складається з 7 пунктів, кожен з яких описує стан досліджуваного. Кожний наступний пункт відображає більш важкий перебіг деменції. Дослідник повинен обрати пункт, який найбільш повно відповідає стану пацієнта. 2-га та 3-я позиції даної шкали відповідають легкому когнітивному розладу, а 4-7-а — деменції [17].

Для виявлення тенденції до активної протидії зовнішньому впливу, зокрема призначеному лікуванню, використовувалась шкала імпульсивності Плучека, яка складається із 15 запитань, кожне з яких може оцінюватись від 1 до 4 балів. Таким чином, пацієнт може набрати від 15 до 60 балів. Високі показники (більше 40 балів) за цією шкалою визначають схильність особистості до агресії, безконтрольної поведінки [15].

Рівень С реактивного білку, С — пептиду, лептину, адипонектину визначався методом ELISA. Рівень IP та функцію клітин підшлункової залози розраховували за моделлю НОМА 2 з використанням рівня С пептиду за допомогою програми НОМА 2 Calculator вер-

сії 2.2.2., яка є високочутливим і достовірним сучасним методом визначення інсулінорезистентності [18].

Для комп'ютерної статистичної обробки даних використовували табличний редактор «Microsoft Excel» та програму статистичного аналізу Analyst Soft Stat Plus, версії 2006 року.

Для аналізу нормальності розподілу отриманих даних використовували критерії Ліллієфорса та Шапіро – Уїлка. Для визначення нормальності використовували рівень  $p < 0,05$ . У випадку нормального розподілу даних обчислювали значення середньої арифметичної величини ( $M$ ) і середньої квадратичної помилки результату ( $m$ ). Вірогідність різниці між показниками, які порівнювались, визначали за допомогою  $t$ -критерію Стьюдента. Для аналізу кореляційних зв'язків використовували метод Пірсона.

У випадку відсутності нормального розподілу досліджуваних даних центральні тенденції та дисперсії досліджуваних ознак описували за допомогою медіани ( $Me$ ) та інтерквартильного розмаху (25 та 75 процентиля). Для подальшого дослідження використовували критерії Манна – Уїтні, Вальда – Вольфовіца, Колмогорова – Смірнова, для аналізу кореляції використовували методи Спірмена та Кендалла. Статистично значимими вважались відмінності на рівні  $p < 0,05$  [1].

### Результати досліджень та їх обговорення.

Були отримані наступні результати: при оцінці за шкалою НАQ в групі хворих з РА без МС відмічалось достовірно більш висока якість життя, ніж в групі з РА та МС ( $19,53 \pm 1,21$  та  $25,11 \pm 1,45$   $p < 0,05$  відповідно). У той же час по шкалі SF 36 у групі хворих з РА без МС також відмічалась більш висока якість життя за показниками фізичного функціонування (самообслуговування, ходьба, перенесення важких речей) ніж у групі хворих з РА та МС ( $32,64 \pm 2,11$  та  $23,41 \pm 1,12$  відповідно,  $p < 0,02$ ), рольового функціонування ( $8,33 \pm 0,23$  та  $5,68 \pm 0,32$  відповідно,  $p < 0,05$ ), інтенсивності болю ( $28,22 \pm 1,11$  та  $25,21 \pm 0,92$ , відповідно,  $p < 0,05$ ), соціального функціонування ( $44,01 \pm 1,21$  та  $37,27 \pm 0,89$ , відповідно,  $p < 0,05$ ), рольового функціонування, обумовленого емоціональним станом ( $19,85 \pm 1,45$  та  $15,45 \pm 0,98$ , відповідно,  $p < 0,05$ ) та психічного здоров'я ( $47,32 \pm 1,22$  та  $43,45 \pm 1,57$ , відповідно,  $p < 0,05$ ). Не було виявлено достовірної різниці між показниками життєвої активності ( $27,22 \pm 1,21$  та  $28,41 \pm 1,33$  відповідно,  $p > 0,05$ ) та соціального функціонування ( $39,77 \pm 1,34$  та  $41,01 \pm 1,28$ , відповідно,  $p > 0,05$ ). Таким чином, у хворих з РА та МС відмічається нижча якість життя, ніж у хворих без МС, при чому майже однакова якість життя відмічається по показникам життєвої активності та соціального функціонування (табл. 1).

Таблиця 1

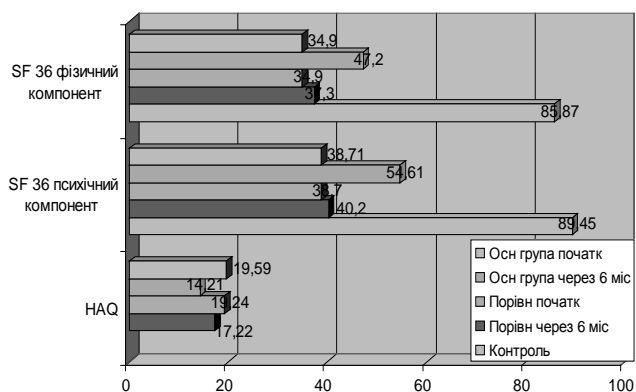
### Рівень когнітивних порушень та депресії у хворих на РА, РА та МС та хворих на ІХС за даними опитувальників

	Хворі на РА	Хворі на РА з МС	Хворі на ІХС	Контрольна група
MMSE(макс.= 30)	$28,82 \pm 0,43$	$28,79 \pm 0,28$	$28,65 \pm 0,35$	$28,87 \pm 0,49$
FAB (макс. = 18)	$16,82 \pm 0,27$	$15,67 \pm 0,25$	$16,34 \pm 0,45$	$17,59 \pm 0,34$
Тест малювання годинника (макс. = 10)	$9,23 \pm 0,25$	$9,11 \pm 0,21$	$9,21 \pm 0,16$	$9,33 \pm 0,24$
Шкала загального погіршення	$1,95 \pm 0,17$	$2,24 \pm 0,12$	$1,15 \pm 0,11$	$1,12 \pm 0,07$
Шкала імпульсивності Плучика (макс. = 60)	$31,82 \pm 1,01$	$31,94 \pm 0,98$	$25,44 \pm 0,67$	$26,31 \pm 0,74$
MADRS (макс.=60)	$14,36 \pm 1,2$	$16,42 \pm 1,18$	$11,31 \pm 0,79$	$10,24 \pm 0,82$

У хворих з РА та МС спостерігалось більш виражене порушення когнітивних функцій (достовірно за шкалою FAB) ніж у хворих тільки з РА або хворих з ІХС, між якими не спостерігалось суттєвої різниці за жодною із досліджуваних шкал, але відмічалась достовірна наявність порушень у порівнянні із групою здорових. Хворі з РА та МС мали більш високий рівень депресивних розладів, ніж

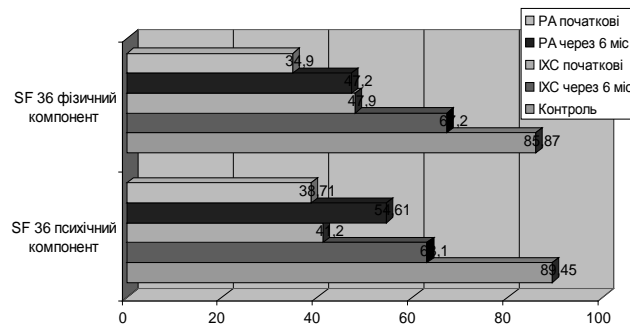
хворі з РА, які в свою чергу мали достовірно більш високий рівень депресії, ніж хворі з ІХС, що підтверджувалось даними MADRS та психічного компонента здоров'я шкали SF 36.

Таким чином, наявність МС у хворих на РА сприяє виникненню депресивних порушень, зниженню когнітивної функції хворих (рис. 1).



**Рис. 1.** Динаміка фізичного та психічного стану пацієнтів з РА при терапії аторвастатином.

За даними опитувальника SF 36 у пацієнтів з РА, які приймали аторвастатин, значно підвищувався рівень як фізичного, так і психічного компоненту, що було обумовлено не тільки зниженням рівня активності захворювання, але і підвищенням оцінки хворими як свого теперішнього стану, більшим оптимізмом у оцінюванні подальших перспектив лікування, що підтверджувалось значним збільшенням показників за шкалами загального стану здоров'я, життєвої активності, соціального та рольового функціонування (рис. 2).



**Рис. 2.** Порівняльна динаміка фізичного та психічного стану пацієнтів з РА та пацієнтів з ІХС при терапії аторвастатином.

При порівняльному аналізі показників опитувальника SF 36 у хворих з РА та хворих з ІХС, у пацієнтів з РА відмічався достовірно нижчий початковий рівень як за шкалою психічного, так і за шкалою фізичного здоров'я, одночасно із значно гіршою динамікою змін. Так, за шкалою психічного здоров'я показники покращились на 15,9 пунктів у хворих на РА проти 21,9 у хворих на ІХС. У той же час, за шкалою фізичного здоров'я відбулось покращення на 12,3 пункти проти 19,3 відповідно. Ці результати свідчать про більш важке сприйняття хворими на РА свого стану, прогнозу щодо свого захворювання, що в цілому не може не відбиватись на перебігу хвороби (табл. 2).

Таблиця 2

Динаміка фізичного та психічного стану пацієнтів з РА та МС при терапії піоглітазоном

	Основна група		Група порівняння		Контрольна група
	Початкові показники	Через 6 міс	Початкові показники	Через 6 міс	
HAQ	24,31±1,22	16,21** <sup>1;2</sup> ±0,387	25,17±0,94	20,15±0,45	
SF 36, психічний компонент	27,23±2,21	56,23±2,44** <sup>1;2,3</sup>	31,7±3,35	34,2±3,42	89,45±4,11
SF 36, фізичний компонент	36,9±3,25	43,1±2,19** <sup>1;2,3</sup>	37,6±2,34	36,1±1,23	85,87±2,41

**Примітка:** \*  $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; <sup>1</sup> - при порівнянні з початковими показниками, <sup>2</sup> - при порівнянні з групою порівняння, <sup>3</sup> - при порівнянні з контрольною групою.

За даними опитувальника SF 36 у пацієнтів, які приймали піоглітазон, значно підвищувався рівень фізичного та психічного компоненту, що було обумовлено не тільки зниженням рівня активності захворювання, але і підвищенням оцінки хворими як свого теперішнього стану, більшим оптимізмом у оцінюванні подальших перспектив лікування, що підтверджувалось значним збільшенням показників за шкалами загального стану здоров'я, життєвої активності, соціального та рольового функціонування. У той же

час, пацієнти відмічали зниження потреби у нестероїдних протизапальних засобах та зниження добової дози глюкокортикостероїдів або їх відміну. Усі перелічені вище протизапальні ефекти можна пояснити протизапальними ефектами активації рецепторів ППАР $\gamma$ , оскільки, як відомо, глюкокортикоїдні рецептори є лише одними з відомих сучасній науці протизапальних рецепторів. Вплив запалення на рівень загального стану пацієнтів та рівень депресії підтверджується кореляційним зв'язком між рівнем СРБ та

показниками шкали HAQ  $r = 0,68$   $p < 0,05$ , фізичним компонентом SF 36  $r = 0,59$   $p < 0,05$ , психічним компонентом SF 36  $r = 0,71$   $p < 0,05$  та MADRS  $r = 0,73$   $p < 0,05$  у всіх хворих на РА.

При дослідженні кореляційних зв'язків з рівнем лептину та адипонектину у всіх хворих на РА були отримані наступні результати. Зв'язок між рівнем лептину та ВАШ болю склав  $r = 0,76$ ;  $p < 0,05$ ; ВАШЛ  $r = 0,73$   $p < 0,05$ , ВАШП  $r = 0,74$   $p < 0,05$ , HAQ  $r = 0,75$   $p < 0,05$ , фізичним компонентом SF 36  $r = -0,71$   $p < 0,05$ , та психічним компонентом SF 36  $r = 0,72$   $p < 0,05$ . Сопоставимі дані кореляційного аналізу були отримані при заміні ЛП на ІМТ ОТ/ОС, та рівень вісцерального жиру. Зв'язок між рівнем адипонектину та ВАШ болю склав  $r = -0,74$   $p < 0,05$ , ВАШЛ  $r = -0,55$   $p < 0,05$ , ВАШП  $r = -0,81$   $p < 0,05$ , HAQ  $r = -0,71$   $p < 0,05$ , фізичний компонент SF 36  $r = 0,78$   $p < 0,05$ , та психічний компонент SF 36  $r = -0,74$   $p < 0,05$ .

Отримані показники свідчать про значний внесок вісцерального ожиріння та викликаній ним гіперлептинемії у порушення якості життя у пацієнтів з РА та МС. У той же час, підвищення рівня адипонектину об'єктивно покращує якість життя, але має негативний вплив на сприйняття пацієнтами свого стану, що підтверджується даними інших авторів щодо антистрессорного ефекту лептину [13]. Окремо слід підкреслити високий рівень кореляційного зв'язку між рівнем запалення та показниками депресії, рівнем запалення та рівнем якості життя пацієнтів.

**Висновки.** Таким чином, у хворих з РА та МС відмічається нижча якість життя (на 22% за шкалою HAQ, та вища схильність до депресивних розладів (на 12,5% у порівнянні з хворими на РА та на 31,2% з групою хворих на ІХС за шкалою MADRS), більш важке сприйняття свого стану, прогнозу щодо свого захворювання, що обумовлено як дисбалансом адипоцитокінів у таких пацієнтів, так і більш високою активністю перебігу РА.

**Перспективи подальших досліджень.** В подальшому планується детально вивчити вплив адипоцитокінів на якість життя хворих на ревматоїдний артрит.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гланц С. Медико-биологическая статистика. / Стентон Гланц; [пер. з англ]. – М.: Практика, 1998. – 459с.
2. Клинические рекомендации. Ревматология / под ред. Е. Л. Насонова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 288 с.
3. Мурашко Н. К. Дисциркуляторна енцефалопатія та деменція: алгоритм діагностики та лікування / Н. К. Мурашко // Український медичний часопис. – 2006. – № 5. – С. 33–37.
4. Новик А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова – М.: ОЛМА-ПРЕСС, 2002. – 314 с.
5. Петрова М. М. Когнитивные нарушения у больных артериальной гипертензией / М. М. Петрова, Н. А. Шнайдер, О. В. Еремина – Красноярск: КрасГМА, 2007. – 101 с. – (Методическое пособие для врачей).
6. Depression in patients with acute myocardial infarction: influence on autonomic nervous system and prognostic role. Results of a five-year follow-up study. / S. Drago, S. Bergerone, M. Anselmino, P. G. Varalda, B. Cascio, L. Palumbo, G. Angelini, P. G. Trevi // International Journal of Cardiology. – 2007. – № 115. – P. 46–51.
7. Dickens C. The burden of depression in patients with rheumatoid arthritis / C. Dickens, F. Creed // Rheumatology. – 2001. – № 40. – P. 1327–1330.
8. Dickens C. Depression in Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review of the Literature With Meta-Analysis / Chris Dickens, Linda McGowan, David Clark-Carter, Francis Creed // Psychosomatic Medicine. – 2002. – № 64. – P. 52–60.
9. Dubois B. The FAB. A frontal assessment battery at bedside. / B. Dubois, A. Slachevsky, I. Litvan, B. Pillon // Neurology. – 2000. – № 55. – P. 1621–1626.
10. Folstein M. F. "Mini-mental state". A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician / Marshal F. Folstein, Susan E. Folstein, Paul R. McHugh // Journal of Psychiatric Research. – 1975. – Vol. 12, № 3. – P. 189–198.
11. Igna C. V. Depressive Symptoms and Serum Lipid Fractions in Middle-Aged Men: Physiologic and Health Behavior Links / C. V. Igna, J. Julkunen, H. Vanhanen, P. Keskiivaara, M. Verkasalo // Psychosomatic Medicine. – 2008. – № 70. – P. 960–966.
12. Lawson W. R. Depressive Symptoms, Coronary Heart Disease, and Overall Mortality in the Framingham Heart Study / Wulsin Lawson R., Jane C. Evans, Ramachandran S. Vasan, Joanne M. Murabito, Margaret Kelly-Hayes, Emelia J. Benjamin // Psychosomatic Medicine. – 2005. – № 67. – P. 697–702.
13. Lu X. Y. Leptin: a potential novel antidepressant / X. Y. Lu, C. S. Kim, A. Frazer, W. Zhang // The Proceedings of the National Academy of Sciences Online. – 2006. – № 103. – P. 1593–1598.
14. Montgomery S. A. A new depression scale designed to be sensitive to change / S. A. Montgomery, M. Asberg // The British Journal of Psychiatry. – 1979. – № 134. – P. 382–389.
15. Neurocognitive deficits in decision-making and planning of patients with DSM-III-R borderline personality disorder / E. Bazanis, R. D. Rogers, J. H. Dowson [et al.] // Psychological Medicine. – 2002. – № 32. – P. 1395–1405.
16. Pincus T. Criterion contamination of depression scales in patients with rheumatoid arthritis: the need for interpretation of patient questionnaires (as all clinical measures) in the context of all information about the patient / T. Pincus, A. L. Hassett, L. F. Callahan // Rheumatic Disease Clinics of North America. – 2009. – № 35. – P. 861–864.
17. The Global Deterioration Scale: Relationships to Neuropsychological Performance and Activities of Daily Living in Patients with Vascular Dementia / R. H. Paul, R. A. Cohen, D. J. Moser [et al.] // Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology. – 2002. – № 15. – P. 50–54.
18. Wallace T. M. Use and Abuse of HOMA Modeling / T. M. Wallace, J. C. Levy, D. R. Matthews // Diabetes Care. – 2004. – № 6. – P. 1487–1495.

**УДК** 616.72 – 002.77 – 008.9 – 08

### УРОВЕНЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ПОЛУЧЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ Иваницкий И.В.

**Резюме.** Полученные нами данные свидетельствуют о том, что у пациентов с РА МС значительно снижает качество жизни. В то же время, терапия аторвастатином у пациентов с РА

и пиоглитазоном у пациентов с РА и МС на фоне адекватной базисной терапии способствует повышению качества жизни за счёт снижения активности системного воспалительного процесса и активного влияния на уровень адипоцитокинов.

**Ключевые слова:** ревматоидный артрит, метаболический синдром, качество жизни, SF 36, лептин.

**UDC** 616.72 - 002.77 - 008.9 - 08

**QUALITY of LIFE of PATIENTS RHEUMATOID ARTRITIS in DEPENDENCE of METABOLIC SYNDROME and TREATMENT**

Ivanickiy I.V.

**Summary.** Information got by us testify that patients with RA and metabolic syndrome (MS) have considerably reduces quality of life. At the same time, therapy of atorvastatin for patients with RA and pioglitazon for patients with RA and MS with a background adequate base therapy promotes to the increase qualities of life due to the decline of activity of system inflammatory task and active influence on the level of adipocitokines.

**Key words:** rheumatoid artrit, metabolic syndrome, quality of life, SF 36, leptin.

*Стаття надійшла 24.02.2010 р.*

**УДК** 616-036.882-08:618.2/7:612.648 (477)

*О.М. Ковальова, Р. М. Федосюк\**

## **ВПЛИВ ОСНОВНИХ СКЛАДОВИХ ДІАГНОСТИЧНОГО ПРОЦЕСУ НА ЛЕТАЛЬНІСТЬ У ВІДДІЛЕННЯХ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ НОВОНАРОДЖЕНИХ ДИТЯЧИХ ЛІКАРЕНЬ УКРАЇНИ**

**Українська медична стоматологічна академія (м. Полтава)**

**\*Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика (м. Київ)**

Стаття є фрагментом комплексної науково-дослідної роботи ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» «Науково-методичне забезпечення моніторингу виконання Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації на 2002-2011 роки» (№ держреєстрації 0103U000861).

**Вступ.** Діагностичний процес у відділеннях інтенсивної терапії новонароджених (ВІТН) на сучасному етапі потребує застосування новітніх інструментальних та лабораторних технологій. Так, вимірювання газів крові та транскутанне визначення білірубину є складовими фізіологічного моніторингу новонароджених [7], а рентгенологічне та ультразвукове дослідження є обов'язковими методами обстеження при діагностиці багатьох захворювань у немовлят [1].

В Україні тільки в останні роки розпочалися дослідження, присвячені

аналізу структури, рівня кадрового й матеріально-технічного забезпечення служби анестезіології-інтенсивної терапії лікарень загального профілю для дорослих [4, 5] та аналізу взаємозв'язку внутрішньолікарняних факторів з летальністю у підрозділах зазначеної служби [3, 6]. У той же час досліджень, які б характеризували діагностичний процес у відділеннях інтенсивної терапії новонароджених (ВІТН), а саме оснащеність базовим діагностичним обладнанням, кадрове та матеріально-технічне забезпечення експрес-лабораторій ВІТН, в аспекті впливу зазначених факторів на летальність, раніше в Україні не проводилось.

**Метою роботи** було дослідити взаємозв'язок між основними складовими організації діагностичного процесу та летальністю у відділеннях інтенсивної терапії новонароджених дитячих закладів України та ідентифікувати