

рапевтичних процедур (апарат комбінованої фізіотерапії BTL-5000) та кінезіотерапії (Balancetrainer, Thera Viva, Motomed). При цьому пацієнтам роз'яснювали необхідність відмовитися від шкідливих для здоров'я поведінкових звичок і уподобань та дотримуватись вимог кардіопротекторного способу життя. Ми вважали, що саме цей термін більш чітко віддзеркалює зміст немедикаментозної профілактики для хронічно хворої людини, ніж пануючий донині так званий здоровий спосіб життя.

Заключний аналіз результатів комплексного лікування свідчив про позитивну динаміку суб'єктивних та об'єктивних показників, що характеризували неврологічний статус та якість життя у 34 пацієнтів. Решта 8 осіб закінчили лікувальну програму з тенденцією до покращання загального стану здоров'я та бажанням дотримуватися наданих лікарем рекомендацій.

**Висновок.** Фармакотерапія у комбінації з курсом 2-тижневої програми фізіотерапевтичних процедур та щоденної персоналізованої лікувальної гімнастики у спеціалізованій тренажерній залі забезпечують високу ефективність лікування хворих похилого віку з вертеброгенною патологією.

## ВПЛИВ 25-ГІДРОКСИВІТАМІНУ D НА ПОКАЗНИКИ АКТИВНОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ

О. В. Синенький, В. В. Поворознюк\*

Львівська обласна клінічна лікарня

\*ДУ "Інститут геронтології ім. Д. Ф. Чеботарьова НАМН України", Київ

Рематоїдний артрит (РА) є аутоімунним захворюванням із складним каскадом патофізіологічних складових. Незважаючи на численні дослідження, на сьогодні не встановлено причини "неправильної" імунної активації, однак доведено роль деяких важливих чинників ризику в розвитку РА. Зокрема, збільшується кількість публікацій, які підтримують ідею, що гіповітаміноз D впливає на розвиток та перебіг РА.

**Мета** — вивчити вплив 25(OH) вітаміну D (25(OH)D) у сироватці крові на активність захворювання у пацієнтів із суглобовою формою РА.

**Матеріали і методи.** Обстежено 93 пацієнта віком від 27 до 80 років з РА, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні ревматології Львівської обласної клінічної лікарні з приводу загострення РА. Дослідження проводили протягом жовтня–листопада 2015 р. Середній вік чоловіків склав  $53,29 \pm 12,06$  року, жінок —  $53,45 \pm 11,16$  року ( $p > 0,05$ ). Середня тривалість захворювання —  $8,59 \pm 5,99$  року.

Всім пацієнтам проводили загальний і біохімічний аналізи крові, визначали рівень ревматоїдного фактора (РФ) і С-реактивного білка (СРБ), виявляли антитіла до циклічного цитрулінового пептиду. Швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ) вимірювали за методом Вестергерена. Розраховували DAS28-ШОЕ за допомогою формули, яка враховує показник ШОЕ і кількість набряклих і болючих суглобів за шкалою 28/28. Рівень 25(OH)D в сироватці крові визначали за допомогою електрохемилюмінесцентного методу. Дефіцит і недостатність вітаміну D встановлювали згідно з класифікацією Міжнародного Інституту медицини і Комітету ендокринологів зі створення настанов із клінічної практики.

**Результати.** У 54,84 % пацієнтів діагностовано дефіцит вітаміну D, а у 37,63 % — його недостатність. У хворих з РА III ступеня середній рівень 25(OH)D у сироватці крові був достовірно нижчим порівняно з таким в осіб, в яких хвороба мала мінімальну активність ( $16,55 \pm 9,26$  проти  $22,59 \pm 9,74$  нг/мл;  $p < 0,05$ ). Встановлено зв'язок між рівнем 25(OH)D у сироватці крові у хворих та показниками активності захворювання (DAS28-ШОЕ ( $\beta = -0,33$ ; 95 % ДІ =  $-0,05$ ;  $-0,01$ ), СРБ ( $\beta = -0,23$ ; 95 % ДІ =  $-0,72$ ;  $+0,00$ ) та ШОЕ ( $\beta = -0,26$ ; 95 % ДІ =  $-0,78$ ;  $-0,10$ ), сила якого зростає при врахуванні віку, статі та ІМТ обстежених.

**Висновок.** Дефіцит вітаміну D можна розглядати як важливий предиктор високої активності РА (AUROC = 0,67; 95 % ДІ = 0,513–0,83;  $p = 0,05$ ).