

Матеріали і методи. На базі Київської міської клінічної лікарні № 3 обстежено 90 хворих на РА. Проведено загальноклінічні, інструментальні обстеження, імуноферментний аналіз, анкетування, міні-тест ментального обстеження (MMSE), тести з таблицями Шульце та із запам'ятовуванням 10 слів за методикою Лурія. Вік хворих становив від 39 до 80 років (середній вік — $59,4 \pm 7,5$ року). Серед обстежених у 66 (73,3 %) пацієнтів виявлено серопозитивний варіант РА. Тривалість РА в середньому складала $8,5 \pm 3,1$ року. Активність РА визначали за індексом активності захворювання (DAS 28), який складав у середньому $6,0 \pm 0,2$, що відповідало високій активності.

Результати. Згідно з даними аналізу нейропсихологічної сфери хворих на РА когнітивні порушення виявлено в 50 (55 %) випадках. Враховуючи, що середній бал за MMSE становив $26,8 \pm 0,5$, серед обстежених переважали хворі з помірними когнітивними порушеннями — 40 (44 %), рідше реєстрували “м'яку” деменцію — у 9 (10 %) і лише в одній особі виявлено помірну деменцію. У структурі когнітивних порушень переважали зміни у сфері праксису (в 47 (52 %) випадків) та рахунку (в 28 (30,9 %) випадків). Встановлено більш виражені когнітивні порушення у хворих з високою порівняно з пацієнтами з помірною активністю РА (відповідно за MMSE $25 \pm 0,2$ проти $28 \pm 0,3$; $p < 0,05$). На підставі багатofакторного регресійного аналізу виявлено, що тривалість РА, наявність системних проявів (ревматоїдних вузликів, синдрому Шегрена) та тривале лікування глюкокортикоїдними препаратами (більше 5 ± 2 років) є чинниками розвитку когнітивних порушень. У 56 (62,2 %) хворих на РА реєструють зниження темпу сенсомоторних реакцій та уваги та вдвічі рідше — порушення пам'яті, більшою мірою довготривалої — у 28 (31,1 %).

Висновки. Для хворих на РА характерне часте (55 %) виявлення когнітивних порушень. У структурі когнітивних змін домінують порушення у сфері праксису та рахунку. Когнітивні розлади детермінуються тривалістю та активністю РА, наявністю вісцеральних проявів та тривалим використанням у лікуванні глюкокортикоїдних препаратів.

РІВЕНЬ АКТИВНОГО МЕТАБОЛІТУ ВІТАМІНУ D У ПАЦІЄНТІВ З ОСТЕОПОРОЗОМ ТА ОСТЕОАРТРОЗОМ

М. О. Корж, Н. В. Дедух, Н. М. Яковенчук*

ДУ “Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М. І. Ситенка НАМН України”,
Харків

*КЗ “Клінічна обласна лікарня”, Суми

Вітамін D є потужним чинником, що регулює метаболічні функції кісткової тканини. Активний метаболіт вітаміну D ($1,25$ -дигідроксिवітамін D_3) має опосередкований і прямий вплив на структуру субхондральної зони. Достатній рівень вітаміну D_3 попереджає прогресування дегенеративних змін в суглобах хворих.

Мета — дослідити рівень активного метаболіту вітаміну D у пацієнтів з остеопорозом (ОП) та остеоартрозом (ОА).

Матеріали і методи. Обстежено 80 жінок (середній вік — $64,61 \pm 0,37$ року) в післяменопаузальний період з ОП та ОА (III, IV ступінь за Kellgren J., Lawrence J.) великих суглобів (коксартроз, гонартроз) і хребта (спондилоартроз). В усіх обстежених визначали рівень $1,25(OH)_2D_3$ у сироватці крові. В дослідження включали лише тих пацієнток, які не приймали препарати вітаміну D протягом останніх 6 міс. Рівень $1,25(OH)_2D_3$ визначали в лабораторії за допомогою електрохемілюмінесцентного методу на аналізаторі Arhitect i2000 (ABBOT Diagnostics, США). Статус вітаміну D оцінювали відповідно до останньої класифікації за J. Wortsman (2000).

Результати. Пацієнток було розділено на три клінічні групи: хворі з ОП (I), хворі з ОП та ОА великих суглобів (тазостегновий, колінний) і спондилоартрозом хребта (II), хворі з ОА і нормальними показниками мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) (III). Дефіцит вітаміну визначали як рівень < 10 нг/мл. У I і II групах виявлено дефіцит $1,25(OH)_2D_3$ (в середньому $8,65$ нг/мл). Слід відзначити, що зниження переважало у хворих II групи (в середньому до $7,43$ нг/мл). У пацієнток III групи вміст вітаміну $1,25(OH)_2D_3$ в $86,5$ % випадків залишався на рівні $28,9$ нг/мл, що розцінювали як низьке споживання. У $3,5$ % жінок рівень вітаміну D_3 був у межах норми. Виявлено вірогідний зв'язок між рівнем $1,25(OH)_2D_3$ і поєднанням ОП та ОА.

Висновок. У хворих із поєднанням ОП та ОА діагностовано дефіцит $1,25(OH)_2D_3$, що значно впливає на формування якості субхондральної кісткової тканини та безпосередньо на розвиток і прогресування ОА. Препарати, що містять вітамін D_3 у достатніх дозах, необхідно включати в схему лікування пацієнтів як з поєднаною патологією, так і тільки з ОА.