

В исследование были включены 7 пациентов, которым проведены 8 повторных операций (7 – унилатеральных и 1 – билатеральная). После недостаточности первичной реконструкции пузырным лоскутом. У 3 больных применялась повторная лоскутная пластика, включая одну пациентку с двусторонними повторными операциями. У 4 пациентов оперативное вмешательство заключалось в резекции суженной или облитерированной части мочеточника с наложением анастомоза конец в конец между лоскутом и мочеточником. Эффективность повторной уретеральной реконструкции оценивалась ретроспективно путем анализа осложнений и отдаленных результатов лечения.

Протяженность дефектов мочеточников варьировала от 0,5 см до 3,5 см (в среднем $2,0 \pm 1,3$ см). Основной причиной плохого результата первичной операции являлись некротические и рубцовые изменения дистальной части мочеточника (87,5%). В одном (12,5%) случае отмечалось склерозирование дистальной части пузырного лоскута. Длина повторного пузырного лоскута составляла от 7 до 18 см (в среднем $12,3 \pm 4,8$ см). Общая частота интраоперационных осложнений достигала 25,0% (травма подвздошной артерии, кровотечение). Послеоперационные осложнения наблюдались в 3 (37,5%) из 8 наблюдений (градация I или II по Clavien-Dindo). Каких-либо специфических осложнений, включающих выраженную дизурию или хроническую задержку мочи, обнаружено не было ни в одном из случаев. Общее число хороших отдаленных результатов составило 87,5%.

Повторные реконструкции мочеточника с сохранением первичного пузырного лоскута или с формированием повторного лоскута являются эффективным методом коррекции негативных результатов первичной операции Боари.

Ключевые слова: операция Боари, реконструктивная хирургия мочеточника, травма мочеточника.

REPEATED URETERAL RECONSTRUCTION AFTER POOR RESULTS OF BOARI SURGERY

Demchenko V. M., Shchukin D. V., Harahaty I. A., Hareba G. G.

Abstract. We performed a retrospective evaluation of the results of repeated ureteral reconstruction in patients with poor results of primary ureteral plasticity using a tubularized bladder flap.

The study included 7 patients who underwent 8 repeated surgeries (7 of them were unilateral and 1 was bilateral) after insufficiency of primary reconstruction by a bladder flap. Repeated tubularized flap bladder surgery was performed in 3 patients, including one patient with bilateral repeated operation. 4 patients had the resection of a narrowed or obliterated part of the ureter with an end-to-end anastomosis between the flap and the ureter. The effectiveness of re-ureteral reconstruction was assessed retrospectively by analyzing complications and long-term treatment outcomes.

The length of ureteral defects varied from 0.5 cm to 3.5 cm (average 2.0 ± 1.3 cm). The main reason for the poor outcome of the primary operation were necrotic and scarring of the distal part of the ureter (87.5%). In one (12.5%) case, we noted sclerosis of the distal part of the bladder flap. The length of the repeated bladder flap ranged from 7 to 18 cm (average 12.3 ± 4.8 cm). The overall incidence of intraoperative complications reached 25.0% (iliac artery injury, bleeding). Postoperative complications were observed in 3 (37.5%) patients (gradation I or II according to Clavien-Dindo). No specific complications, including severe dysuria or chronic urinary retention, were detected in the observed patients. The total number of good long-term outcomes was 87.5%.

Repeated reconstructions of the ureter with preservation of the primary bladder flap or with the formation of a repeated flap are an effective method of correcting the negative results of primary Boari surgery.

Key words: Boari bladder flap, reconstructive surgery of the ureter, trauma of the ureter.

*Рецензент – проф. Саричев Л. П.
Статья надійшла 09.05.2020 року*

DOI 10.29254/2077-4214-2020-2-156-103-107

УДК 616.12-008.331.1+616.72-002.77:616.13-0046]-08

Іващук Ю. В.

СУБКЛІНІЧНІ ПРОЯВИ АТЕРОСКЛЕРОЗУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ІЗ РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ ТА ЇХ МЕДИКАМЕНТОЗНА КОРЕКЦІЯ

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти» МОЗ України (м. Запоріжжя)

z.doctor.yuliya@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Робота є фрагментом НДР «Перебіг артеріальної гіпертензії з запальними захворюваннями легень та суглобів як прояви коморбідності: традиційні та додаткові фактори ризику кардіоваскулярних подій, механізми розвитку діагностики, лікування», № державної реєстрації 0115U000658.

Вступ. Серцево-судинні захворювання (ССЗ) до теперішнього часу залишаються провідною причиною летальних випадків населення розвинених країн [1]. Дослідження останніх років свідчать про те,

що більш високий ризик серцево-судинних ускладнень і летальності мають хворі на ревматоїдний артрит (РА). Ревматоїдний артрит – поширене і важке хронічне запальне захворювання суглобів, частота якого в популяції коливається від 0,5 до 1,0% [2]. Це одне з найбільш поширених в світі аутоімунних захворювань, що призводять до ранньої інвалідизації, в зв'язку з чим необхідність вдосконалення підходів до клінічної тактики ведення таких пацієнтів очевидна [3].

Найбільш частими коморбідними станами у хворих на РА є гіпертонічна хвороба (ГХ), ішемічна хво-

роба серця (ІХС) [4]. Так, за різними даними, близько 50% осіб на РА мають дуже високий ризик серцево-судинних ускладнень (ССУ), а смертність на 48% вище в порівнянні із загальною популяцією [5]. Частота летальності у пацієнтів при високій активності РА значно підвищується [6]. Причиною цих подій вважають прискорення прогресування атеросклерозу на тлі хронічного запалення і аутоімунних порушень при РА [7]. В останні роки вводяться нові підходи до ранньої діагностики ревматоїдного артриту і удосконалюється застосування різних варіантів базисної терапії, що може поліпшити прогнози при даному захворюванні [8].

Одним з основних чинників розвитку ССЗ при ГХ та РА прийнято вважати дисліпідемію. ГХ асоціюється з підвищенням рівня саме атерогенних фракцій ліпідів і раннім розвитком атеросклерозу [9]. При активному РА порушення ліпідного спектра крові характеризуються зниженням концентрації «атерогенних» ліпідів: загального холестерину (ЗХС), тригліцеридів (ТГ) та, більшою мірою, «антиатерогенних» ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ), що призводить до збільшення індексу атерогенності [10]. Тому, на сьогодні як АГ, так і РА вважають незалежними предикторами розвитку атеросклеротичного ураження судин [11,12]. Тому, в даний час, залишається відкритим питання вивчення діагностики коморбідних серцево-судинних станів у хворих на ревматоїдний артрит з метою медикаментозної корекції дисліпідемії [13].

Таким чином, зважаючи на зазначене, метою дослідження було встановлено вивчення особливості стану ліпопротеїдів у хворих на гіпертонічну хворобу у поєднанні з ревматоїдним артритом.

Мета дослідження. Визначити особливості добового профілю артеріального тиску (АТ), ліпідного спектра крові у пацієнтів на ГХ у поєднанні з РА та оцінити ефективність застосування середніх доз розувастатину для корекції дисліпідемії у даної групи хворих.

Об'єкт і методи дослідження. Обстежено 70 хворих віком від 45-65 років (середня – $M \pm m$ – 54,88 \pm 0,96 року). У 50 пацієнтів, які склали основну групу, виявлено гіпертонічну хворобу у поєднанні з ревматоїдним артритом, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в ревматологічному відділенні комунальної установи міської клінічної лікарні КУ «ЗМКЛ № 10».

Проведено динамічне спостереження та лікування 50 хворих віком 45-65 років (медіана – 54,03 \pm 4,93 року) з АГ I-II стадії у поєднанні з РА. Середня тривалість ГБ становила 8,67 \pm 4,61 року, РА – 8,15 \pm 4,23 року.

Під час спостереження усі пацієнти дотримувалися базисної антигіпертензивної терапії із застосуванням інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту – периндоприл 10 мг/д, у поєднанні з антагоністами кальцію – амлодипіном 5 мг, діуретика – індопамід 1,5 мг/д; статину – розувастатин у дозі 20 мг (приймали пацієнти першої групи).

Усі хворі на РА у якості базисної терапії отримували метотрексат. Середня доза становила 12,13 \pm 3,56 мг/тиж; глюкокортикоїди отримували 35 (70%) хворих, середня добова доза із розрахунку на метилпреднізолон на момент дослідження становила 6,05 \pm 2,83 мг. Серед обстежених хворих на РА серо-

позитивний варіант захворювання встановлено у 40 (80%), серонегативний – у 5 (10%) осіб.

Пацієнтів основної групи було розділено на дві підгрупи. У першій підгрупі (n=25) обстежені пацієнти, які у зв'язку із встановленою дисліпідемією, приймали розувастатин у дозі 20 мг протягом 12 тижнів. Другу підгрупу (n=25) склали пацієнти, які в комплексній терапії не приймали розувастатин. Контрольна група (порівняння) становила 20 пацієнтів з артеріальною гіпертензією без РА, зіставні за статтю та віком з основними групами (3 чоловіки, 17 жінок, середній вік – 55,65 \pm 1,19 роки).

У ході дослідження всім хворим визначали об'єктивні та суб'єктивні ознаки, притаманні ГХ та РА. Діагноз «Артеріальна гіпертензія» виставлено за рекомендаціями АСС/АНА 2017 року та асоціації кардіологів України, 2018 року. Діагноз «Ревматоїдний артрит» був встановлений згідно з критеріями ACR/EULAR 2010 року та згідно з Наказом від 11.04.2014 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної, третинної допомоги та медичної реабілітації хворих на ревматоїдний артрит».

Критеріями включення у дослідження були: наявність верифікованого діагнозу ГХ I-II стадії, 1 го та 2 го ступеня; наявність верифікованого діагнозу РА, DAS28 < 3,2 бала, стабільно підібрана терапія РА (незмінна базисна терапія не менше 3 місяців). Критеріями вилучення з дослідження: активність РА за DAS28 > 3,2 бала, встановлений та верифікований діагноз ішемічної хвороби серця, ГХ III стадії та 3-го ступеня, хронічна серцева недостатність III-IV функціонального класу (ФК), цукровий діабет, гіпотеріоз, швидкість клубочкової фільтрації < 60 мл/хв, ожиріння III-IV ступеня.

На початку та наприкінці дослідження усім пацієнтам виконували спектр лабораторної діагностики крові, включаючи і біохімічні показники (с-реактивний білок, ревматоїдний фактор, сечова кислота, швидкість клубочкової фільтрації, рівень добової протеїнурії). Особливу увагу приділяли аналізу ліпідограми, а також добовий моніторинг артеріального тиску. Переносимість терапії оцінювали на підставі суб'єктивних відчуттів пацієнтів та даних добового моніторингу АТ. Добовий моніторинг АТ проводили в стаціонарних умовах за допомогою системи моніторингу артеріального тиску АВРМ-4, фірми Meditech, Угорщина. Вимірювання здійснювали кожні 15 хв. в денний період та кожні 30 хв. в нічний період. Аналіз отриманих результатів добового моніторингу артеріального тиску (ДМАТ) проводили за допомогою оригінальної комп'ютерної програми. Аналізували наступні параметри: середньодобові, середньоденні, середньонічні значення САТ, ДАТ, ступінь нічного зниження АТ (СНЗ АТ), денну та нічну варіабельність САТ та ДАТ.

Статистичне оброблення отриманих даних проводили з використанням ліцензійної програми STATISTICA 10. Використовували непараметричні методи статистики – кількісні ознаки були представлені у вигляді медіани (Me). Для порівняння показників у двох незалежних групах використовували U-критерій Манна-Уїтні та критерій Вілкоксона (W) для порівняння двох залежних груп. Оцінювання ступеня взаємозв'язку між парами незалежних ознак, виражених у кількісній шкалі, проводили за допо-

Таблиця 1 – Добовий моніторинг АТ у пацієнтів ГБ+РА, середньоденні показники

Показник мм рт.ст.	ГБ+РА, n=50	ГБ, n=20	Норма
ССАТ день	141 (136-146)	133 (131-134) *	< 135
СДАТ день	78 (74-84)	76 (72-78) *	< 85
ВСАТ день	10 (9-12)	12 (4-21) *	< 15,5
ВДАТ день	11 (9-14)	13 (11-14) *	< 13,3

Примітка. *Показник достовірності значень, $p < 0,05$.

могою коефіцієнта рангової кореляції R. Spearman – r. Статистично значущі відмінності результатів досліджень визначали за рівня $p < 0,05$.

Серед обстежених хворих на РА серопозитивний варіант захворювання встановлено у 40 (80%), серонегативний – у 5 (10%) осіб.

Під час визначення ліпідного профілю у пацієнтів підвищений рівень тригліцеридів (ТГ), ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), та загального холестерину (ЗХС) з урахуванням класифікації АТР III відзначали у 28 (56%), 25 (50%) основної групи та у 20 (40%) хворих контрольної групи відповідно. Знижений рівень ХС ЛПВЩ відзначено у 21 (42,86%) хворих. Встановлені кореляційні зв'язки між рівнями ХС ЛПНЩ та показником активності запального процесу DAS28.

Таблиця 3 – Добовий моніторинг АТ у пацієнтів ГБ+РА, середньодобові показники

Показник мм рт.ст.	ГБ+РА, n=50	ГБ, n=20	Норма
ССАТ 24	135 (131-142)	132 (130-133)*	< 130
СДАТ 24	76 (74-82)	75 (71-77)*	< 80
ВСАТ 24	10 (9-15)	15 (9-18)*	< 15,2
ВДАТ 24	14 (12-15)	15 (13-16)*	< 12,3
СНЗ САТ 24 %	9 (7-12)	17 (9-19)*	10-22
СНЗ ДАТ 24 %	11 (9-13)	13 (12-14)*	10-22

Примітка. *Показник достовірності значень, $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення. Під час аналізу результатів проведення ДМАТ встановлено збільшення рівня середнього САТ та середнього ДАТ в денний проміжок у 36 (72%) хворих першої підгрупи та 31 (62%) хворого другої підгрупи відповідно (табл. 1). У нічний час ці показники встановлені відповідно у 33 (66%) та 29 (58%) хворих.

Ступінь нічного зниження САТ та ДАТ був нижчий за норму у 24 (48%) та 19 (38%) хворих основної групи та у 5 (10%) і 3 (6%) хворих групи порівняння відповідно. Абсолютні показники ступеня нічного зниження були достовірно нижчими серед хворих із супутнім РА ($p < 0,05$) (табл. 2).

Середньодобові показники САТ та ДАТ достовірно не відрізнялись від показників групи порівняння, при цьому хворі на ГБ у поєднанні з РА мали достовірно вищий рівень середньонічного САТ та ДАТ у порівнянні з хворими без супутнього РА ($p < 0,05$; табл. 3).

Середньодобова варіабельність САТ та ДАТ перевищувала нормативні значення в більшості пацієнтів із супутнім РА – 32 (64%) і 29 (58%) відповідно та була достовірно вищою, ніж у групі порівняння – 6 (12%) та 4 (8%) відповідно ($p < 0,05$).

Таблиця 2 – Добовий моніторинг АТ у пацієнтів ГБ+РА, середньонічні показники

Показник мм рт.ст.	ГБ+РА, n=50	ГБ, n=20	Норма
ССАТ ніч	126 (119-130)	110 (107-119) *	< 120
СДАТ ніч	67 (65-72)	64 (64-670)*	< 70
ВСАТ ніч	6 (4-7)	8 (3-10)*	< 14,8
ВДАТ ніч	11 (10-15)	12 (11-13)*	< 11,2

Примітка. *Показник достовірності значень, $p < 0,05$.

Встановлені кореляційні зв'язки між рівнями середньодобових САТ, ДАТ, варіабельності САТ, ДАТ та рівнем активності запального процесу DAS28 при РА ($r = 0,53$, $p < 0,05$; $r = 0,40$, $p < 0,05$; $r = 0,39$, $p < 0,05$; $r = 0,43$, $p < 0,05$ відповідно).

Серед обстежених хворих на РА серопозитивний варіант захворювання встановлено у 40 (80%), серонегативний – у 5 (10%) осіб.

Під час визначення ліпідного профілю у пацієнтів підвищений рівень тригліцеридів (ТГ), ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), та загального холестерину (ЗХС) з урахуванням класифікації АТР III відзначали у 28 (56%), 25 (50%) основної групи та у 20 (40%) хворих контрольної групи відповідно. Знижений рівень ХС ЛПВЩ відзначено у 21 (42,86%) хворих.

Встановлені кореляційні зв'язки між рівнями ХС ЛПНЩ та показником активності запального процесу DAS28.

На тлі терапії розувастатином в основній групі цільовий рівень ЗХС, ХС ЛПНЩ та ТГ був досягнутий у 15 (78,95%), 13 (68,42%) та 11 (57,89%) пацієнтів відповідно, в групі порівняння цільовий рівень цих показників було досягнуто у 9 (39,13%), 6 (26,09%) і 10 (43,48%) пацієнтів відповідно.

До кінця спостереження у 1-й підгрупі рівень ЗХС, ХС ЛПНЩ, ТГ знизився на 16,04% ($p < 0,05$), 26,16% ($p < 0,01$) і 24,44% ($p < 0,05$) відповідно порівняно з їхніми вихідними рівнями. У 2-й підгрупі показники ЗХС, ХС ЛПНЩ збільшились на 0,74% ($p < 0,05$) та 4,62% ($p < 0,05$) відповідно. ($p < 0,05$; табл. 4). Значних побічних ефектів при застосуванні розувастатину не відзначено.

Наприкінці дослідження встановлено, що у хворих на ГХ у поєднанні з РА характеризувалися підвищення рівнів середньонічних і середньоденних показників добового АТ, а також підвищення рівня фракцій холестерину. Після лікування розувастатином у дозі 20 мг на добу, вище зазначені показники знизились, що позитивно вплинуло на стан хворих і дало змогу використовувати таку схему медикаментозної корекції для даної групи пацієнтів у майбутньому.

Таблиця 4 – Показники ліпідограми основної групи та групи порівняння

Показник	1-підгрупа на початку лікування n=25	1-підгрупа ч/з 3 міс. лікування n=25	2-підгр. на початку лікування n=25	2-підгр. ч/з 3 міс. лікування n=25	Група порівняння n=20
ЗХС ммоль/л	5,7±1,8	4,66*	5,56±1,5	5,21	5,31±1,2
ЛПНЩ	3,4±1,6	2,7±1,5*	3,37±1,2	3,89±1,64	3,21±1,7
ЛПВЩ	1,25±1,4	1,06±1,4*	1,25±1,4	1,24±1,3	1,22±1,4
ТГ	1,63±1,6	1,34±1,2*	1,57±1,2	1,47±1,4	1,61±1,6
DAS28, бали	2,64	1,56*	2,61	2,19	2,56

Примітка. *Показник достовірності значень, $p < 0,05$.

Висновки

1. Зміни показників добового профілю артеріального тиску, встановлені у більшості хворих на артеріальну гіпертензію в поєднанні з ревматоїдним артритом, характеризувалися підвищеними середньоденними, середньонічними рівнями систолічного АТ, підвищеною денною варіабельністю та більш низьким ступенем нічного зниження в порівнянні із пацієнтами без РА.

2. Більшість обстежених хворих мали підвищений рівень тригліцеридів, холестерину ліпопротеїдів низької щільності, загального холестерину – 17 (40,48%), 24 (57,14%) і 21 (50%) хворих відповідно та знижений рівень холестерину ліпопротеїдів високої щільності – 18 (42,86%) хворих.

Застосування 20 мг розувастатину у складі комплексної терапії у хворих на ГБ в поєднанні з РА спри-

яло досягненню цільових рівнів показників ліпідного спектру крові у більшості хворих.

Перспективи подальших досліджень. З урахуванням виявлених особливостей добового профілю артеріального тиску, ліпідного спектра крові у пацієнтів на гіпертонічну хворобу у поєднанні з ревматоїдним артритом, у подальшому представляється доцільним вивчення особливості ремоделювання міокарда лівого шлуночка та артеріальних судин, даної коморбідної патології, на фоні різних схем лікування гіпотензивними препаратами.

Також, особливу увагу привертає, вивчення зміни рівня імунно-запальних цитокінів (ІЛ-1β, ІЛ-6, ІЛ-10, і ФНП α) у хворих на ревматоїдний артрит з артеріальною гіпертензією до і після лікування гіпотензивними препаратами з включенням середніх доз розувастатину для корекції дисліпідемії у даної групи хворих.

Література

1. Rekomendatsiyi z likuvannya arterialnoyi gipertoniyi. ESH ESC 2017. Pereklad RKO. Kardiologichnyi zhurnal. 2017;1(105):7-94. [in Ukrainian].
2. Voloshina OB, Udovitsya VO, Lisiy IS, Dukova OR, Chayka AO, Dichko TO. Sposib diferentsiyanoi diagnostiki psevdorezistentnoyi arterialnoyi gipertenziyi vid rezistentnoyi arterialnoyi gipertenziyi. Odeskiy natsionalniy medichniy universitet. 2017. s. 19. [in Ukrainian].
3. Popkova TV, Novikova DS, Nasonov EL. Kardiovaskulyarnyye faktoryi riska pri revmaticheskikh zabolevaniyah: svyaz s vospaleniem. Consilium Medicum. 2017;2:112-8. [in Russian].
4. Garcia-González A, Gaxiola-Robles R, Zenteno-Savín T. Oxidative stress in patients with rheumatoid arthritis. Rev Invest Clin. 2015;67:46-53.
5. Ambrosino P, Lupoli R, Minno AD, Tasso M, Peluso R, Dario Di Minno MN. Subclinical atherosclerosis in patients with rheumatoid arthritis. Thromb Haemost. 2015;113:916-30.
6. Zhang J, Chen L, Delzell E, Muntner P, Hillegass WB, Safford MM, et al. The association between inflammatory markers, serum lipids and the risk of cardiovascular events in patients with rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis. 2014 Jul;73(7):1301-8.
7. Nowak WN, Deng J, Ruan XZ, Xu Q. Reactive oxygen species generation and atherosclerosis. Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology. 2017;37(5):41-52.
8. Obertinska OG. Rezistentna arterialna gipertenziya: poshuk optimalnoyi kombinovanoyi terapiyi. Ukrayinskiy kardiologichnyi zhurnal. 2017;6:113-23. [in Ukrainian].
9. Protsenko GA. Paraneoplastichni sindromi v revmatologichniy praktitsi. Ukr. revmatol. zhurn. 2016;63:29. [in Ukrainian].
10. European Society of Hypertension European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. J. Hypertens. 2013;31(7):1281-357.
11. Aleksandrov AV, Grekhov RA, Shilova LN, Alohina IYu. Novi mozhlivosti polipshennya yakosti rann'oi diagnostiki revmatologichnih zahvoryuvan'. 2017;11(2):255-8. [in Ukrainian].
12. Turdialieva SA, Mozharovskaya EA, Kudrina OM, Cherkashin DV. Naibolee chasto vstrechayushchiesya zabolevaniya sustavov: aktual'nye voprosy diagnostiki i lecheniya. Vestn. Ros. voen.-med. akad. 2017;3:227-33. [in Russian].
13. Ronda N, Favari E, Borghi MO, Ingegnoli F, Gerosa M, Chighizola C, et al. Impaired serum cholesterol efflux capacity in rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. Ann Rheum Dis. 2014 Mar;73(3):609-15.

СУБКЛІНІЧНІ ПРОЯВИ АТЕРОСКЛЕРОЗУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ІЗ РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ ТА ЇХ МЕДИКАМЕНТОЗНА КОРЕКЦІЯ

Іващук Ю. В.

Резюме. На основі даних обстеження 50 хворих з гіпертонічною хворобою в поєднанні з ревматоїдним артритом встановлено, що показники добового профілю артеріального тиску у даної категорії пацієнтів характеризуються підвищеними середньоденними, середньонічними рівнями систолічного артеріального тиску, в порівнянні з пацієнтами без супутнього ревматоїдного артриту. Також, відмічається, що більша частина хворих мала підвищені фракції холестерину. Застосування 20 мг розувастатину в складі комплексної терапії сприяло досягненню цільових рівнів показників ліпідного спектра крові у більшості хворих, а також покращило показники добового профілю артеріального тиску.

Ключові слова: гіпертонічна хвороба, ревматоїдний артрит, добовий профіль артеріального тиску, ліпідний спектр крові, розувастатин, ліпопротеїди, добовий профіль артеріального тиску.

СУБКЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ИХ МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ

Іващук Ю. В.

Резюме. На основе данных обследования 50 больных с гипертонической болезнью в сочетании с ревматоидным артритом установлено, что показатели суточного профиля АД у данной категории пациентов характеризуются повышенными среднедневным, средненочным уровнями систолического артериального давления, по сравнению с пациентами без сопутствующего ревматоидного артрита. Также, отмечается, что большая часть больных имела повышенные фракции холестерина. Применение 20 мг розувастатина в составе комплексной терапии способствовало достижению целевых уровней показателей липидного спектра крови у большинства больных, а также улучшило показатели суточного профиля артериального давления.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, ревматоидный артрит, суточный профиль артериального давления, липидный спектр крови, розувастатин, липопротеиды, суточный профиль артериального давления.

SUBCLINICAL MANIFESTATIONS OF ATHEROSCLEROSIS IN PATIENTS WITH HYPERTENSION WITH RHEUMATOID ARTHRITIS AND THEIR DRUG CORRECTION

Ivashchuk Yu. V.

Abstract. Recent years have shown that patients with rheumatoid arthritis (RA) have a higher risk of cardiovascular complications and mortality. Rheumatoid arthritis is a common and severe chronic inflammatory joint disease, the frequency of which in the population ranges from 0.5 to 1.0%. It is one of the most widespread autoimmune diseases in the world leading to early disability, and therefore the need to improve the approaches to clinical management of such patients is obvious. The most common comorbid conditions among RA patients are hypertension (HT). At present, it remains an open-ended question to study the diagnosis of comorbid cardiovascular conditions in patients with rheumatoid arthritis for the purpose of drug correction of dyslipidemia.

The aim of the study. To determine the peculiarities of diurnal profile of AP, blood lipid spectrum in patients with HT in combination with RA and to evaluate the effectiveness of using average doses of rosuvastatin to correct dyslipidemia in this group of patients.

Results. Changes in indicators of the diurnal artery pressure profile, detected in most patients with hypertension in combination with rheumatoid arthritis, were characterized by increased average daytime, average night time levels of systolic AP, increased daytime variability and a lower degree of nocturnal decrease in comparison with patients without RA. Most of the patients examined had increased triglycerides, low-density lipoprotein cholesterol, total cholesterol – 17 (40.48%), 24 (57.14%) and 21 (50%) patients, respectively, and 18 (42,86%) patients had decreased high-density lipoprotein cholesterol. The use of 20 mg of rosuvastatin as part of complex therapy in patients with HT in combination with RA contributed to the achievement of target indicator levels of lipid spectrum in blood of most patients.

Key words: hypertension, rheumatoid arthritis, circadian blood pressure profile, blood lipid profile, rosuvastatin, lipoproteins, circadian blood pressure profile.

Рецензент – проф. Катеренчук І. П.

Стаття надійшла 23.04.2020 року

DOI 10.29254/2077-4214-2020-2-156-107-112

УДК 616.31+616.321-006.6-089

¹Кравець О. В., ²Феджага І. П., ²Півторак В. І., ²Феджага О. П.

ВПЛИВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НА ВИЖИВАНІСТЬ ПАЦІЄНТІВ З МІСЦЕВО-ПОШИРЕНИМ ПЛОСКОКЛІТИННИМ РАКОМ ПОРОЖНИНИ РОТА

¹Національний інститут раку, відділ пухлин голови та шиї (м. Київ)

²Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова (м. Вінниця)

fedzhaga07@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Дослідження проведено за планом науково-дослідних робіт Національного інституту раку: «Вивчити ефективність різних режимів хіміо-променевої терапії та розробити функціонально-зберігаючі підходи до комплексного лікування хворих на рак порожнини рота» (№ державної реєстрації 0116U002405) та є фрагментом НДР Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова «Особливості компенсаторно-приспосувальних процесів при різноманітних захворюваннях і пошкодженнях організму людини та тварин і клініко-експериментальне обґрунтування нових способів хірургічного лікування» (№ державної реєстрації 0118U007342).

Вступ. У 2018 в Україні виявлено 2196 нових випадків раку порожнини рота, померло 1462 чоловіка. Серед вперше виявлених пацієнтів у 2018 р. 38,8% не прожили 1 року. Спеціальним лікуванням охоплено 74,4% пацієнтів, комбінованим та комплексним – 18,6%, і лише хірургічним лікуванням – 4,5% [1]. У пацієнтів з резектабельним місцево-поширеним плоскоклітинним раком порожнини рота застосовуються наступні методи комбінованого лікування:

1. Хірургічне лікування з наступною променевою терапією (ПТ) або хіміо-променевою терапією (ХПТ).

2. Дефінітивна одночасна ХПТ. «Рятівна хірургія» розглядається у хворих з резидуальною пухлиною або рецидивом захворювання.

3. Індукційна (неoad'ювантна) хіміотерапія з наступним хірургічним лікуванням або ПТ.

4. Індукційна хіміотерапія з наступною одночасною ХПТ. «Рятівна хірургія» розглядається у хворих з резидуальною пухлиною або рецидивом захворювання.

Одночасна ХПТ, індукційна хіміотерапія та індукційна хіміотерапія з наступною одночасною ХПТ були розроблені та вивчалися як у пацієнтів на резектабельний місцево поширений плоскоклітинний рак порожнини рота (ПРГШ) з органозберігаючою метою, так і у хворих з нерезектабельними пухлинами.

Стандартом лікування хворих на резектабельний рак ПРПР залишається хірургічне лікування з наступною ПТ або одночасною ХПТ [2,3,4,5].

Роль нехірургічних органозберігаючих підходів у пацієнтів на резектабельний місцево поширений ПРПР залишається не визначеною [5,6].

Оскільки рандомізованих досліджень у яких би порівнювались органозберігаючий підхід із застосуванням одночасної ХПТ та хірургія з ад'ювантною ПТ у хворих на місцево поширений ПРПР дотепер не проводилось, нами проведений аналіз ретроспективних досліджень. Лише два ретроспективних дослідження порівнювали вищезазначені підходи у хворих на місцево поширений ПРПР.

Метою нашого дослідження було оцінити та порівняти застосування первинного хірургічного