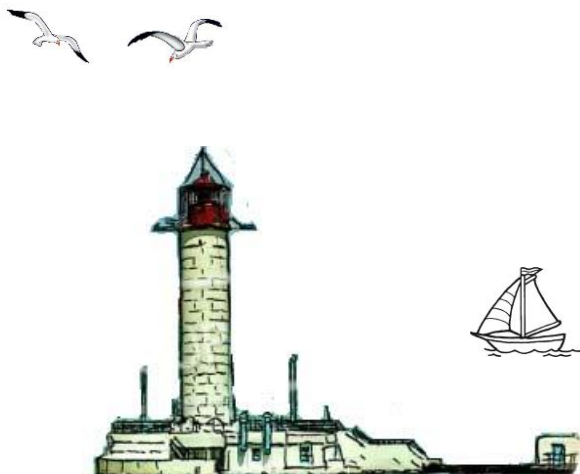


МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДП УКРАЇНСЬКИЙ НДІ МЕДИЦИНИ ТРАНСПОРТУ
МОЗ УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
НАУКОВЕ ТОВАРИСТВО ПАТОФІЗІОЛОГІВ УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ МЕДИЧНОЇ НАУКИ

БЮЛЕТЕНЬ XXII ЧИТАНЬ ІМ. В. В. ПІДВИСОЦЬКОГО

18 – 19 травня 2023 року



ОДЕСА 2023

ББК 52. 52 Я 431

УДК 929 Підвисоцький В. В. : 61

Організатори – засновники конференції:

Міністерство охорони здоров'я України
ДП Український НДІ медицини транспорту МОЗ України
Одеський національний медичний університет
Наукове товариство патофізіологов України
Українська асоціація медичної науки

Головний редактор

Гоженко А. І.

Редакційна колегія

Бадюк Н. С.

Вастьянов Р. С.

Єфременко Н. І.

Котюжинська С. Г.

Насібуллін Б. А.

Савицький І. В.

Адреса редакції:

вул. Канатна 92, 65039, м.Одеса, Україна

e-mail: badiuk_ns@ukr.net

XXII–і читання В. В. Підвисоцького: Бюлетень матеріалів наукової конференції (18-19 травня 2023 року). – Одеса: УкрНДІ медицини транспорту, 2023. – 179 с.

© УкрНДІ медицини транспорту



**ПДВИСОЦЬКИЙ
ВОЛОДИМИР ВАЛЕРІАНОВИЧ**

24.05.1857 - 22.01.1913

Засновник і декан медичного факультету,
Завідуючий кафедрою загальної патології
Імператорського Новоросійського університету
в місті Одесі
1900-1905

<i>Шевченко О. М., Бібіченко В. О., Шевченко О. О.</i> РЕАКЦІЯ КІСТКОВОГО МОЗКУ ЗА ВТОРИННО ХРОНІЧ- НОГО КАРАГІНАНОВОГО ЗАПАЛЕННЯ НА ТЛІ ВВЕ- ДЕННЯ ГЛЮКОЗАМІНІЛМУРАМІЛДИПЕПТИДУ	165
<i>Якіменко О. О., Антіпова Н. М., Кузьменко І. А.</i> ПАТОГЕНЕТИЧНІ ТА КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРО- БИ ТА СИНДРОМУ ШЕГРЕНА	167

**ПАТОГЕНЕТИЧНІ ТА КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ
ХВОРОБИ ТА СИНДРОМУ ШЕГРЕНА**

**PATHOGENETIC AND CLINICAL FEATURES OF SJÖGREN'S
DISEASE AND SYNDROME**

Якіменко О. О., Антіпова Н. М., Кузьменко І. А.

Одеський національний медичний університет

Сьогодні складно позначити межі коморбідної патології, оскільки її формат має досить широкий діапазон захворювань, етіологія і патогенез яких недостатньо вивчений. Між тим, фундаментом для співіснування коморбідних хвороб та їх прогресування, безумовно, є спільність походження. Один з прикладів - хвороби, пов'язані з патологією сполучної тканини та її похідних - ревматоїдний артрит, системний червоний вовчак, псоріаз, в тому числі й хвороба Шегрена (ХШ).

Причини розвитку хвороби Шегрена достеменно не відомі. При захворюванні імунна система атакує власні тканини, що призводить до запальних процесів у залозах, порушення їх роботи та атрофії. Захворювання більш притаманне жінкам, старшим 40 років, людям, які мають віруси Епштейна-Барр, цитомегаловірус, гепатити В і С, деякі хронічні захворювання (насамперед, аутоімунні, а також цукровий діабет, патології шлунково-кишкового тракту). Крім того, простежується генетична схильність. СШ привертає увагу складністю патогенезу, недостатньою ефективністю лікування, можливістю трансформації в лімфопроліферативне захворювання, ризик якого в 5-44 рази вище, ніж у популяції.

Отже, хвороба Шегрена або первинний синдром Шегрена – системне захворювання, характерною ознакою якого є хронічний аутоімунний та лімфопроліферативний процес в секретуючих епітеліальних залозах з розвитком паренхіматозного сіалоаденіту з ксеростомією, та сухого кератокон'юнктивиту з гіполакрімією (Rischmueller M., Tieu J., Lester S., 2016). Синдром Шегрена (СШ), або вторинний синдром Шегрена - аналогічне ХШ ураження слинних та слізних залоз на фоні системних захворювань сполучної тканини (наприклад системного червоного вовчака, ревматоїдного

артриту, системної склеродермії та ін.), що розвивається у 5–25% осіб (Smolen J.S., Landewé R.V.M., Bijlsma J.W.J., 2020).

Метою роботи було вивчити особливості клінічного перебігу ХШ та СШ в сучасних умовах за даними ревматологічного відділення Багатопрофільного медичного центру Одеського національного медичного університету (БМЦ ОНМедУ). Було обстежено 32 хворих на ХШ та СШ (випадкова вибірка). Хворим проводилося повне клініко-лабораторне обстеження для верифікації діагнозу (ACR/EULAR, 2016).

Усі хворі були жінками у віці від 31 до 87 років, середній вік – $53 \pm 2,39$ років. В більшості хворих (у 62,5%, 20 осіб) була діагностовано ХШ. У 37,5% (12 хворих) діагностовано СШ на фоні іншого ревматичного захворювання: системної склеродермії (12,5%, 4 хворих), системного червоного вовчака (9,4%, 3 хворих), змішаного захворювання сполучної тканини (6,3%, 2 хворих), ревматоїдного артрити (6,3%, 2 хворих), остеоартрити (3,13%, 1 хвора).

Більшість серед хворих склали пацієнти з I ступенем активності хвороби – 40,6% (13 осіб), у 37,5% (12 осіб) відзначався II ступінь активності, у 21,9% (7 осіб) – III ступінь. Тривалість захворювання становила від 1 року до 20 років, середня тривалість – $10,2 \pm 2,4$ років.

В переважній більшості хворих (96,9%, 31 особи) відзначалось ураження очей (ксерофтальмія); у 90,6% (29 осіб) – ураження ротової порожнини (ксеростомія); у 31,3% (10 осіб) – ураження шкіри; у 100% (32 осіб) – ураження суглобів; у 62,5% (20 осіб) – ураження м'язів.

В значній кількості пацієнтів спостерігалось ураження серцево-судинної системи – 62,2% (20 хворих), нервової системи – 78,1% (25 хворих), нирок – 25% (8 хворих), печінки та селезінки – 28,1% (9 хворих), легень – 12,5% (4 хворих).

Серед коморбідних станів переважала артеріальна гіпертензія (56,3%, 18 хворих), ендокринна патологія (37,5%, 12 хворих), патологія шлунково-кишкового тракту (15,6%, 5 хворих).

Значна кількість пацієнтів (43,8%, 14 осіб) мала стійку втрату працездатності: інвалідами I групи були 3,1% (1 особа), II групи – 28,1% (9 осіб), III групи – 12,5% (4 особи).

Серед антинуклеарних антитіл (ANA) у хворих переважали Ro-52 (59,4%, 19 хворих), SS-A (50%, 16 хворих), SS-B (40,6%, 13 хворих). Декілька рідше виявлялись AMA-M2 (15,6%, 5 хворих), а-CCP (12,5%, 4 хворих).

Суттєва кількість пацієнтів – 40,6% (13 хворих) отримувала глюкокортикоїди та НПЗП – 46,9% (15 хворих). Базову терапію азатиопріном отримували 37,5% (12 хворих), гідроксихлорохіном – 18,8% (6 хворих), метотрексатом та мофетіла мікофенолятом – по 3,13% (по 1 хворому).

Таким чином, серед обстежених переважали хворі середнього віку з верифікованим діагнозом ХШ, які в переважній більшості мали ураження очей, ротової порожнини, суглобів, м'язів, з мінімальною активністю захворювання та наявністю в крові специфічних ANA. Серед вісцеральних уражень найчастіше відзначалися ураження нервової, серцево-судинної системи на нирок, що треба враховувати при спостереженні та подальшому лікуванні цієї категорії пацієнтів.

Ключові слова: хвороба Шегрена, синдром Шегрена, коморбідні патології, діагноз

Key words: Sjögren's disease, Sjögren's syndrome, pantry of poor pathologies, diagnosis