

# ПІВДЕННОУКРАЇНСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ НАУКОВИЙ ЖУРНАЛ

Науковий журнал

# 11 (11) травень 2015



Одеса  
2015

*Науковий журнал*

**Південноукраїнський медичний науковий журнал**

# 11 (11) травень 2015

Виходить шість разів на рік.

Редактор, коректор – Мельбрун А. Я.  
Верстка-дизайн – Ткаченко М. С.

*Відповідальність за підбір, точність наведених на сторінках журнalu фактів, цитат, статистичних даних, дат, прізвищ, географічних назв та інших відомостей, а також за розголошення даних, які не підлягають відкритій публікації, несуть автори опублікованих матеріалів. Редакція не завжди поділяє позицію авторів публікацій. Матеріали публікуються в авторській редакції. Передрукування матеріалів, опублікованих в журнalu, дозволено тільки зі згоди автора та видавця. Будь-яке використання – з обов'язковим посиланням на журнал.*

Свідоцтво про державну реєстрацію: КВ № 19536-9336Р від 26.11.2012 р.  
Засновник журналу: ГО «Європейский центр наукового розвитку».

© ГО «Південна фундація медицини», 2015

© Автори наукових статей, 2015

© Оформлення Ткаченко М. С., 2015

<b>Ключникова А. І.</b>	
ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ІМУННОЇ ВІДПОВІДІ У ГОЛОВНОМУ МОЗКУ .....	80
<b>Кузьміна А. П., Лазаренко О. М.</b>	
ФАКТОРИ РИЗИКУ ТА ЛАБОРАТОРНІ МАРКЕРИ КАРДОВАСКУЛЯРНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ В ПОСДНАННІ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ .....	85
<b>Кузьміна А. П., Гапов О. В.</b>	
ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СЕРЦЕВО-СУДИНОЇ СИСТЕМИ У ПАЦІЄНТІВ НА СИСТЕМНИЙ ЧЕРВОНИЙ ВОВЧАК .....	88
<b>Логавіхіна К. Ю., Козаренко Т. М.</b>	
МДКТ У ДІАГНОСТИЦІ АНОМАЛІЙ РОЗВИТКУ НИРОК У ДОРОСЛИХ .....	91
<b>Конопліцький В. С., Лукіянова О. О., Нестеренко І. Г.</b>	
ЗМІНИ АНОРЕКТАЛЬНОГО ІНДЕКСУ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМИ КОЛОСТАЗАМИ ОРГАНІЧНОГО ПОХОДЖЕННЯ .....	95
<b>Пенішкевич Я. І., Кучук О. П., Мельник А. С.</b>	
ПЕРВИННА ВІДКРИТОКУТОВА ГЛАУКОМА: ФАКТОРИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ТА ОЦІНКА ПРОГРЕСУВАННЯ .....	98
<b>Мельничук Л. В., Бандура С. М.</b>	
ПРОГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ЗНІЖЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНО-РЕЗЕРВНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ СЕРЦЕВО-СУДИНОЇ СИСТЕМИ ШКОЛЯРІВ .....	104
<b>Онищук Ю. І.</b>	
ВПЛИВ НАДМІРНИХ ДОЗ АЛКОГОЛЮ НА ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ РОБОТИ СЕРЦЯ .....	107
<b>Павлюкович Н. Д., Рева Т. В., Павлюкович О. В.</b>	
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ШЕМІГНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ІЗ СУПУТНІМИ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-ГО ТИПУ ТА АНЕМІЄЮ .....	111
<b>Перев'язківа М. В.</b>	
ПЕРВИННІ ОЗНАКИ НЕФРОПАТІЇ ТА ЕНДОТЕЛІАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ II СТАДІЇ, ДІАГНОСТИКА НА ЕТАПІ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ПДХОДИ ДО НЕФРОПРОТЕКЦІЇ .....	116
<b>Плевинськіс П. В.</b>	
ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА РАЗЛИЧНИХ ВАРИАНТОВ ТРАВМИРОВАННЯ ВЕЛОСИПЕДІСТА ЛЕГКОВЫМ АВТОМОБІЛЕМ .....	122
<b>Рева Т. В., Павлюкович Н. Д., Яким'юк А. Д.</b>	
РАЦІОНАЛЬНЕ ЗАСТОСУВАННЯ АЛЬГІНАТІВ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ НА ТЛІ ГІПОТИРЕОЗУ .....	125
<b>Рицькук Л. В., Рицькук В. є.</b>	
ВІДОВИЙ СКЛАД І ПОПУЛЯЦІЙНИЙ РІВЕНЬ МІКРОФЛОРИ ПОРОЖНИНИ ТОВСТОЇ КІШКИ У ВАГІТНИХ З БЕЗСИМПТОМНОЮ БАКТЕРІУРІЄЮ .....	129
<b>Купць А. В., Рицькук Л. В., Рицькук В. є.</b>	
БЕЗСИМПТОМНА БАКТЕРІУРІЯ У ВАГІТНИХ: ОЦІНКА ПОКАЗНИКІВ ІМУННОГО СТАТУСУ ЗА ХАРАКТЕРИСТИКОЮ ІМУНОКОМПЕТЕНТНИХ КЛІТИН ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ .....	132
<b>Юрченюк О. С., Ротар С. С.</b>	
РІВЕНЬ ДЕПРЕСІЇ ТА ТРИВОГИ У СТУДЕНТІВ-МЕДІКІВ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ НАВЧАННЯ .....	136
<b>Стрій В. В.</b>	
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТОВЩИНИ ШКІРНО-ЖИРОВИХ СКЛАДОК ЧОЛОВІКІВ ПЕРШОГО ЗРІЛОГО ПЕРІОДУ, МЕШКАНЦІВ РІЗНИХ АДМІНІСТРАТИВНИХ РЕГІОНІВ УКРАЇНИ .....	139
<b>Гаврилюк А. О., Сорокоумов В. П., Король Т. М., Березовський А. М., Хліпняч Т. М.</b>	
МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ПАТОМОРФОЛОГІЧНИХ ТА КЛІНІЧНИХ ЗМІН У ПАЦІЄНТІВ З ХВОРОБОЮ МЕНЕТІРІС .....	142
<b>Юрченюк О. С., Ротар С. С.</b>	
КОМОРБІДНІСТЬ ШЕМІГНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА ДЕПРЕСИВНИХ, ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ (ОГЛЯД) .....	145

Кузьміва А. П.  
професор кафедри терапії, кардіології і сімейної медицини ФПО  
ДУ «Дніпропетровська медична академія»

Лазаренко О. М.  
магістр кафедри терапії, кардіології і сімейної медицини ФПО  
ДУ «Дніпропетровська медична академія»

**ФАКТОРИ РИЗИКУ ТА ЛАБОРАТОРНІ МАРКЕРИ  
КАРДІОВАСКУЛЯРНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ХВОРІХ НА ПОДАГРУ  
В ПОЄДНАННІ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ**

**Анотація:** Серед обстежених хворих подагрою найчастіше зустрічаються фактори ризику кардіоваскулярної патології та метаболічні порушення, які погіршують перебіг хвороби, а також призводять до раннього розвитку нетривадності, тому комплексне обстеження таких пацієнтів важливо для вибору правильної тактики лікування та своєчасної профілактики ускладнень. Нами обстежено 40 пацієнтів з достовірним діагнозом подагри. У кожного були виявлені фактори ризику кардіоваскулярної патології. У багатьох присутні порушення ліпідного обміну, артеріальна гіпертензія, цукровий діабет 2 типу. В період між нападами подагри реєструються підвищення ШОЕ і СРБ, що свідчить про запальний компонент хвороби.

**Аннотация:** У больных подагрой чаще всего встречаются факторы риска кардиоваскулярной патологии и метаболические нарушения, которые усугубляют течение заболевания, а также ведут к раннему развитию нетрудоспособности, поэтому комплексное обследование таких пациентов важно для выбора правильной тактики лечения и своевременной профилактики осложнений. Было обследовано 40 пациентов с достоверным диагнозом подагры. У каждого были выявлены факторы риска кардиоваскулярной патологии. У многих присутствуют нарушения липидного обмена, артериальная гипертензия, сахарный диабет 2 типа. В межприступный период подагры регистрируется повышение СОЕ и СРБ, что свидетельствует о воспалительном компоненте заболевания.

**Summary:** in patients with gout are the most common found risk factors for cardiovascular disease and metabolic disorders, that aggravate the disease and lead to early development of disability, therefore detailed examination of these patients it is important to select the right treatment strategy and timely prevention of complications. Were examined in 40 patients with a documented diagnosis of gout. Each identified risk factors for cardiovascular disease. Many patients present lipid disorders, hypertension, type 2 diabetes. In the period between attacks of gout recorded increased ESR and CRP, which indicates the inflammatory component of the disease.

Подагра – хронічне прогресуюче захворювання, пов’язане з порушенням пуринового обміну, що характеризується підвищеним рівнем сечової кислоти в крові (гіперурикемією) і відкладенням у тканинах опорно-рухового апарату та внутрішніх органах натрієвої солі сечової кислоти (уратів) з розвитком гострого артриту та утворенням подагртичних вузликів (тофусів) [8].

За останні десятиліття захворюваність на подагру збільшилась в кілька разів і продовжує неухильно зростати [3].

Актуальність проблеми визначається зростанням показників поширеності та захворюваності на подагру у людей працездатного віку [3].

На подагру страждає 0,3% усього населення європейських держав. У США понад 1% чоловіків хворіє на клінічно маніфестну форму подагричного артриту [10]. Поширеність подагри в Україні становить 65 на 100.000 населення (захворюваність – 15 на 100.000), а в деяких областях (Житомирська, Харківська, Черкаська) вона перевищує 100 на 100.000 населення [1].

Враховуючи, що подагра є найбільш частою формою артриту у представників чоловічої статі старше 30-річного віку, а на її долю припадає до 0,3% від загальної захворюваності, обговорення даної проблеми є досить актуальним [1]. Крім того, дане захворювання має хронічний прогресуючий перебіг, що сприяє інвалідизації чоловіків та жінок молодого віку, а постійний бальзовий синдром та

часті загострення призводять до зниження якості життя людей працездатного віку.

Були встановлені причини смерті хворих на подагру, які в більшості випадків являють собою серцево-судинні ускладнення, пов’язані з атеросклерозом [5]. Крім того відомо, що ожиріння, артеріальна гіпертензія, дисліпідемія, ішемічна хвороба серця часто супроводжують подагру.

Частота артеріальної гіпертензії у хворих на подагру коливається від 36% до 41% [2].

У 1967 р. Myers A. на популяції з 6000 чоловік показав, що існує пряма кореляція надлишкової маси тіла з частотою виявлення гіперурикемії та розвитком коронарних хвороб. Неодноразово показано, що серед пацієнтів з подагрою частота ожиріння вкрай висока. Так, 10% зайвої ваги відзначалося у 78% хворих з подагрою, а 30% – у 57% [5].

У сучасних дослідженнях було показано існування при подагрі різних ознак інсульнорезистентності: порушення толерантності до глюкози, гіперліпідемія та ожиріння [9]. У дослідженні Takahashi S. було показано, що у пацієнтів з подагрою присутні ознаки інсульнорезистентності, які стають більш вираженими при поєднанні з вісцеральним ожирінням, вносячи свою роль у розвиток атеросклерозу в даних хворих [10].

Вважається, що всі прояви подагри, як самостійної нозологічної одиниці, розвиваються взаємодіє з запальними процесами організму на формування

кристалів моноурату натрію, присутність яких продемонстрована в багатьох органах і тканинах [4].

Уточнення механізмів формування серцево-судинної патології у даної категорії пацієнтів буде сприяти оптимізації терапії та покращенню прогнозу захворювання. Крім того, сполучення подагри з метаболічним синдромом, артеріальною гіпертензією, цукровим діабетом 2 типу, ішемічною хворобою серця зумовлює труднощі в лікуванні, адже деякі препарати для лікування подагри, рекомендовані Європейською лігію боротьби з ревматизмом (EULAR, 2006 рік) не зареєстровані в Україні. Саме тому є необхідність подальших досліджень в даному напрямку.

**Мета дослідження:** встановити фактори ризику та надати прогностичну оцінку в розвитку кардіоваскулярної патології у хворих на подагру в поєднанні з метаболічним синдромом.

**Матеріали та методи дослідження.** Обстежено 40 хворих з достовірним діагнозом подагри (згідно критеріям Wallace S.L.) та наявністю фактів ризику кардіоваскулярної патології:

- основних
  - вік > 55 років;
  - куріння;
  - САТ > 140 мм. рт. ст.;
  - ХС ЛПВЩ < 40 мг/лл;
  - загальний холестерин > 190 мг/дл.
- додаткових
  - сімейний анамнез щодо ІХС;
  - наявність цукрового діабету другого типу;
  - триглієриди > 180 мг/дл;
  - ІМТ > 25 кг/м<sup>2</sup>.

Проведена оцінка сумарного ризику розвитку негативних наслідків серцево-судинного захворювання протягом 10 років за допомогою шкали SCORE у хворих на подагру в поєднанні з метаболічним синдромом.

Проводилося визначення випадків метаболічного синдрому (за критеріями Всесвітньої федерації цукрового діабету (IDF, 2005 року); артеріальної гіпертензії (за критеріями ВООЗ), цукрового діабету 2 типу (згідно наказу МОЗ України від 5 серпня 2009 року № 574 «Про затвердження протоколів на дання медичної допомоги пацієнтам з ендокринними захворюваннями»), ішемічної хвороби серця (за критеріями ВООЗ, 1979 року) у хворих на подагру.

Визначення частоти ураження нирок у хворих на подагру проводилося за результатами загальногого аналізу сечі, УЗД нирок.

Група контролю: 30 практично здорових осіб, середній вік яких 42 роки.

Результати дослідження та їх обговорення. Середній вік пацієнтів хворих на подагру 54 роки. Серед 40 обстежених пацієнтів жінки становили 5%. Тривалість захворювання у середньому становила 8 років. Середня кількість уражених суглобів – 5. Найчастіше спостерігалося ураження пlessно-фалангового (у 100% випадків), гомілковостопного (80%), колінного (55%), передплеснових (52,5%), ліктьового (15%) суглобів. У 47,5% хворих було уражено 3 суглоби, у 22,5% – 2 суглоби, у 20% – 4

суглоби, у 5% – 5 суглобів, у 2,5% – 6 суглобів та у 2,5% – 1 суглоб. Кількість уражених суглобів зростає разом з тривалістю захворювання.

Гострий подагричний артрит виявлено в 5% пацієнтів, хронічний подагричний артрит – в 50% хворих, хронічний тофусний артрит – у 45% випадків (рис. 1). У всіх пацієнтів з хронічним тофусним артритом були клінічно виявлені підшкірні тофуси та рентгенологічні ознаки внутрішньокісткових тофусів.

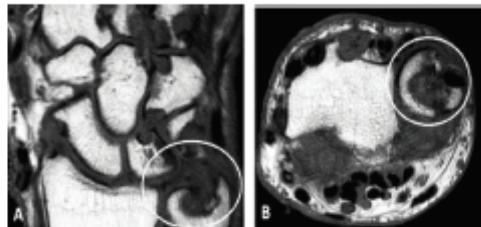


Рис. 1. МРТ ознаки ураження ліктьової кістки при подагричному артриті

(А) T1-зважене зображення, на якому показано типові еrozії з великим ділянкою ураження ліктьової кістки (коло).

(Б) T1-зважене зображення (аксіальна площа), що підтверджує наявність еrozій і тофусів при подагричному артриті.

Проведено опитування хворих, щодо причин, які на їх думку сприяють загостренням хвороби. 60% пацієнтів пов'язують виникнення загострень з фізичним перенавантаженням, 17,5% – із вживанням алкоголю (пиво, вино), 15% – не з чим не пов'язують, 7,5% – пов'язують з харчуванням.

У хворих на подагру було проведено дослідження функцій нирок. У 27,5% пацієнтів виявлено нефролітіаз, у 17,5% – інтерстиційний нефрит, у 15% – хронічний пілонефрит, у 12,5% – змін не виявлено. У пацієнтів з нефролітіазом у загальному аналізі сечі виявлено оксалати, а у хворих з інтерстиційним нефритом – кристали сечової кислоти.

У 67,5% хворих на подагру виявлено метаболічний синдром (MC), у 57,5% – артеріальну гіпертензію (АГ), у 27,5% – ішемічну хворобу серця (ІХС), у 25% – цукровий діабет 2 типу. Крім того, у 27,5% пацієнтів виявлено сполучення MC та АГ, у 12,5% – MC, АГ та ІХС, у 7,5% – MC та ЦД, у 5% – MC, ЦД та ІХС, у 5% – MC, ЦД, АГ та ІХС, у 2,5% – MC, ЦД та АГ, у 12,5% – не виявлено коморбідності. Артеріальна гіпертензія була найбільш частим компонентом MC у хворих на подагру, вона виявлялася у 70% хворих.

У всіх обстежених пацієнтів виявлено фактори кардіоваскулярного ризику: у 12,5% – наявність 1 фактора ризику, у 12,5% – 2 фактори, у 15% – 3 фактори, у 20% – 4 фактори, у 20% – 5 факторів, у 15% – 6 факторів, у 5% – 7 факторів. Відсоток пацієнтів з факторами кардіоваскулярного ризику представлено в таблиці 1.

Таблиця 1  
Частота факторів кардіоваскулярного ризику  
у пацієнтів на подагру

Фактори кардіоваскулярного ризику	% виявлення у пацієнтів
Вік > 55 років	50
Куріння	77,5
САТ > 140 мм. рт. ст.	55
ХС ЛПВЩ < 40 мг/дл	17,5
Загальний холестерин >190 мг/дл	55
Сімейний анамнез щодо ІХС	5
Наявність цукрового діабету другого типу	25
Тригліцидериди > 180 мг/дл	45
ІМТ > 25 кг/м <sup>2</sup>	57,5

При аналізі лабораторних показників виявлено: прискорення ШОЕ у 70% хворих, підвищення рівня лейкоцитів у 45% хворих, підвищення рівня СРБ у 77,5% хворих в міжприступний період (рівень СРБ був пов'язаний з тривалістю хвороби), що свідчить про наявність запальногого процесу незважаючи на відсутність клінічних проявів в міжприступний період. В подальшому буде проведено визначення концентрації розчиненої форми судинних молекул адгезії (sVCAM-1) та агрегаційної здатності крові з індикатором агрегації ристоміцином у хворих на подагру та виявлення зв'язку лабораторних показників, що відзеркалюють активізацію ендотелію з факторами ризику кардіоваскулярної патології та особливостями клінічного перебігу хвороби.

Підвищення рівня сечової кислоти у 72,5% хворих, у пацієнтів з нормальним рівнем сечової кислоти (27,5%) тривалість захворювання становила 3-5 років, рентгенологічна стадія хвороби 2, кількість уражених суглобів 3-6. Підвищення рівнів креатиніну та сечовини спостерігалось у хворих, які мали зміни при УЗД нирок (нефролітаз, інтер-

стиційний нефрит) та в загальному аналізі сечі (оксалати, кристали сечової кислоти).

У хворих на подагру в поєднанні з метаболічним синдромом виявлено порушення ліпідного обміну. Середній рівень тригліцидів в групі хворих з МС склав 187 мг/дл (2,1 ммоль/л), у хворих без МС – 150 мг/дл (1,7 ммоль/л). Середній рівень загального холестерину у хворих з МС склав 235 мг/дл (6,0 ммоль/л), а у пацієнтів без МС – 180 мг/дл (4,6 ммоль/л). Середній рівень ХС ЛПВЩ у пацієнтів з МС дорівнював 40 мг/дл (1,2 ммоль/л), у хворих без МС – 48 мг/дл (1,0 ммоль/л). Рівень сечової кислоти у пацієнтів з МС був вищим, ніж у пацієнтів без МС – 510 та 470 ммоль/л відповідно.

#### Висновки

1. Кардіоваскулярні захворювання (АГ, ІХС) та метаболічний синдром найчастіше зустрічаються у хворих на подагру. Дані стани сприяють більш тяжкому перебігу захворювання та хронізації процесу.

2. Для хворих на подагру характерний високий ризик розвитку кардіоваскулярних порушень. Найчастіше зустрічаються наступні фактори ризику: підвищення артеріального тиску, ожиріння та дисліпідемія.

3. У хворих на подагру в період між нападами має місце субклінічне запалення (підвищення концентрації СРБ), що підтверджує необхідність визначення маркерів імунного запалення та показників ендотеліальної функції.

4. При веденні пацієнтів хворих на подагру необхідно враховувати коморбідність даного стану, супутні фактори ризику кардіоваскулярної патології та метаболічні порушення. Адже, дані стани мають виражений вплив на перебіг захворювання, а поєднання іх між собою потребує призначення поміркованої медикаментозної терапії, яка матиме вплив на всі ланки патологічного процесу.

5. При виявленні пацієнта з подагрою сімейному лікарю необхідно провести комплексне обстеження хворого для своєчасного виявлення кардіоваскулярних та метаболічних порушень та проведення профілактичних заходів, що покращить якість життя пацієнта, а також зменшить частоту втрати працевидності.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Баркова В. Г. Метаболічний синдром і кардіоваскулярні нарушения при подагре: дисертація на отримання ступеня доктора медичних наук: 14.00.30 / Баркова Вікторія Георгіївна. – М., 2006. – 259 с.
2. Беловол А. Н. Подагра и артериальная гипертензия / А. Н. Беловол, И. И. Князькова // Здоров'я України. – 2013. – № 3(28). – С. 45-47.
3. Волошин О. І. Вікові особливості клініки й перебігу подагри на тлі метаболічного синдрому / О. І. Волошин, О. І. Доголіч // Міжнародний ендокринологічний журнал. – 2013. – № 6(54). – С. 23-25.
4. Головач И. Ю. Гиперурикемия, подагра и артериальная гипертензия: простое совпадение или закономерное сочетание? / И. Ю. Головач // Здоров'я України. – 2014. – № 4(35). – С. 59-61.
5. Дубецька Г. С. Вікові та статеві особливості гіперурикемії / Г. С. Дубецька // Боль. Суставы. Позвоночник. – 2011. – № 3(03). – С. 11-13.
6. Коваль С. М. Взаємозв'язок гіперурикемії з клінічними, гемодинамічними та метаболічними показниками у хворих на гіпертонічну хворобу / С. М. Коваль, Л. А. Резнік, В. В. Божко // Артеріальна гіпертензія. – 2009. – № 8. – С. 16-17.
7. Середюк Н. М. Роль маркерів системної імунозапальні активації у перебігу есенціальної артеріальної гіпертензії в поєднанні з ІХС та подагрою / Н. М. Середюк // Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2013. – Т. 13, № 3. – С. 43-55.
8. Суботіна К. О. Клініко-патогенетичне значення порушень ендотеліальної функції судин у хворих на подагру / К. О. Суботіна. – К., 2008. – 106 с.
9. Laura B. E. The validation of a diagnostic rule for gout without joint fluid analysis: a prospective study / B. E. Laura // Rheumatology. – 2014. – Vol. 54. – P. 609-614.
10. Moreira M. Gout, hyperuricemia, sleep apnoea-hypopnoea syndrome and vascular risk / M. Moreira // Rheumatology. – 2013. – Vol. 52. – P. 1619-1622.