

4. Свінціцький А. С. Ревматичні хвороби та синдроми / А. С. Свінціцький, О. Б. Яременко, Н. Р. Пузанова, Н. І. Хомченко. – К. : Книга плюс, 2006. – 680 с.
5. Becker M. A. Clinical manifestation and diagnosis of gout / M. A. Becker // Up To Date. – 2004. – V. 13(1). – P. 89-93.
6. Felson D.T. Epidemiology of hip and knee osteoarthritis / D.T. Felson // Epidemiol. Rev. – 1988. – V. 10. – P. 1-28.
7. Zhand W. EULAR evidence-based recommendations for the diagnosis of hand osteoarthritis: report of a task force of ESCISIT / W. Zhand, M. Doherty, B.F. Leeb, L. Alekseeva [et al.] // Annals of Rheumatic Diseases. – 2009. – V. 68, №1. – P. 8-17.

Реферат

СУСТАВНОЇ СИНДРОМ В ОБЩЕВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Ждан В.Н., Китуря Е.М., Китуря О.Е., Бабанина М.Ю., Ткаченко М.В.

Ключевые слова: суставной синдром, коксит, дифференциальный диагноз.

В статье на примере клинического случая туберкулезного коксита освещены проблемы дифференциальной диагностики болей в суставах. Показана важность первичного осмотра больного с суставным синдромом. Последовательно рассмотрены состояния диагностического поиска для определения нозологической принадлежности суставной боли.

Summary

ARTICULAR SYNDROME IN GENERAL MEDICAL PRACTICE

Zhdan V.M., Kitura Ye.M., Kitura O.Ye., Babanina M.Yu., Tkachenko M.V.

Key words: articular syndrome, coxitis, differential diagnosis.

This article throws light upon the problems of differential diagnosis of articular pain by the example of a case of tuberculous coxitis. The importance of primary examination for patients with articular syndrome has been especially emphasized. The paper presents the succession and the stages for making diagnosis to determine the nosological belonging of articular pain.

УДК 616.72-002-056.5:615

Ждан В.М., Капустянська А.А.

ЕФЕКТИВНІСТЬ БАЗИСНОЇ ТЕРАПІЇ ПОДАГРИЧНОГО АРТРИТУ У ХВОРИХ ІЗ СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Наявність ожиріння у хворих на подагричний артрит з АГ істотно погіршує ефективність терапевтичних заходів, яка, крім тяжкості ожиріння, залежить від перебігу захворювання, використання гіпоурикемічних препаратів, початкового стану пуринового обміну, надлишкової маси тіла. Нами використана комплексна програма лікування пацієнтів з ожирінням з урахуванням параметрів урикемії, ІМТ, рівня артеріального тиску й типу гіперліпідемії дозволяє значно поліпшити результати лікування. Співставлення результатів динамічного спостереження і лікування між двома групами свідчить про явну перевагу комплексного лікування у хворих першої групи.

Ключові слова: подагричний артрит, артеріальна гіпертензія, ожиріння, базисна терапія.

Робота є фрагментом комплексної НДР «Експериментально-морфологічне вивчення кріоконсервованої плаценти на морфофункціональний стан внутрішніх органів» № державної реєстрації 0108U001572.

Захворюваність на подагричний артрит невинно збільшується [1, 2, 3].

Найбільш частими коморбідними станами при подагричному артриті є ожиріння та артеріальна гіпертензія (АГ) [1, 2, 3, 6, 7].

Лікування хворих на подагричний артрит неможливе без використання урикономалізуючих препаратів, а також без постійного інтермітуючого контролю за рівнем урикемії [1, 3, 4]. Серед засобів із урикодепресивною дією найбільш важливим є алопуринол, який є структурним аналогом гіпоксантину й перешкоджає утворенню сечової кислоти [4, 5].

НПЗП широко використовуються при подагричному артриті як для зняття гострого нападу, так і для зменшення тривалості запального процесу [1, 3, 4, 5, 7].

В лікуванні поєднаних захворювань подагричного артриті з АГ у хворих з ожирінням залишаються невирішені питання, які потребують подальшого вивчення та обґрунтування.

Мета дослідження

Провести аналіз ефективності базисної терапії подагричного артриті у хворих із АГ на тлі ожиріння.

Матеріали та методи дослідження

Під спостереженням знаходилось 107 чоловіків. Перша група (55 хворих) – подагричний артрит з АГ та друга група (52 хворих) – подагричний артрит з АГ на тлі ожиріння.

Діагноз подагричного артриті встановлений згідно з критеріями, рекомендованими ВООЗ (2000 р.) та класифікаційними критеріями, рекомендованими Асоціацією ревматологів України (2004 р.). Ожиріння визначали згідно з рекомендаціями ВООЗ (1997 р.).

Результати дослідження та їх обговорення

Середній вік пацієнтів склав 48,8±0,75 року, від 32 до 73 років. Тривалість захворювання коливалася від 1-го до 10 років (у середньому

6,0±0,66 року).

98,13% хворих у комплексному лікуванні одержали НПЗП – лорноксикам, 91,58% – алопуринол, 81,3% – валсартан, 88,78% – гіполіпідемічні препарати.

Серед НПЗП доцільно застосовувати селективні інгібітори циклооксигенази-2 – лорноксикам по 16 мг/добу. Алопуринол призначали по 100-300мг/добу в залежності від рівня сечової кислоти сироватки крові. З ліполіпідемічних засобів використовували симвастатин по 10-20 мг/добу.

Застосування блокаторів рецепторів ангіотензину II (лозартан, вальсартан, ірбесартан, телмісартан) для покращення внутрішньониркової гемодинаміки та посилення натрійурезу, супроводжується залуженням сечі та урикозуричним (але не гіпоурикемічним) ефектом — через посилення реабсорбції сечової кислоти. Можлива комбінація блокаторів рецепторів ангіотензину II з інгібіторами АПФ.

Основна та група порівняння хворих не розрізнялися між собою за частотою призначення тих чи інших груп препаратів.

Для оцінки динаміки ефективності проведеного лікування досліджувані показники аналізували через 1 тиждень, 4 та 12 тижнів. Під «значним поліпшенням» розуміли зникнення болю (артралгії) і явищ артриту (дефігурації, припухлості, почервоніння шкіри над ураженими суглобами), відновлення рухів в уражених суглобах, відновлення ступеня порушень функціональної здатності уражених суглобів, зменшення окружності талії, окружності стегон, зниження індексу маси тіла, нормалізацію артеріального тиску, гіперурикемії, маркерів запального процесу, рівня холестерину, глюкози та тестостерону. Обов'язковою умовою поліпшення вважали позитивну динаміку лабораторно-інструментального обстеження.

Всі хворі отримували виключно базисну фармакотерапію, що враховувала рівень індексу маси тіла (ІМТ), параметри артеріального тиску з урахуванням показників урикемії, тип гіперліпідемії.

При аналізі інтенсивності болю та активності артриту за ВАШ відзначено позитивний вплив на больовий синдром у пацієнтів основної групи через 1 тиждень лікування. Спостерігали покращення клінічного стану хворих, що підтверджувалося зменшенням тривалості загострення хронічного подагричного артриту (на 28,57% в першій групі, проти 14,28% в другій). Відповідно достовірно знизилася добова доза алопуринолу в першій групі (з 253,4±1,71 до 203,85±1,76, $p<0,05$), проти (з 251,7±2,34 до 227,2±1,97, $p<0,05$) у другій групі. Знизилася кратність, добова доза (з 16,08±1,68 до 12,13±1,54, $p<0,05$) та тривалість прийому лорноксикаму в першій групі, проти (16,03±2,11 до 15,91±1,97, $p<0,05$) у другій. На тлі проведеної терапії достовірно зменшилися показники артеріального тиску в першій групі – САТ (з 162,5±2,56 до 143,5±2,13,

$p<0,05$) та ДАТ (з 109,7±2,89 до 91,13±2,21, $p<0,05$), проти САТ (з 159,3±3,46 до 148,51±2,32, $p<0,05$) та ДАТ (з 112,1±1,78 до 100,21±2,73, $p<0,05$) у другій групі. При дослідженні пуринового обміну досягли поступового зниження рівня сечової кислоти вже після 1 тижня лікування в першій групі (з 768,1±6,41 до 479,1±5,71, $p<0,05$), проти показників другої групи (з 770,1±6,91 до 698,2±5,92, $p<0,05$).

При аналізі інтенсивності болю та активності артриту за ВАШ у пацієнтів першої групи встановлено позитивний вплив терапії: через 4 тижні лікування інтенсивність болю, порівняно з вихідним рівнем, знижувалася в 3,6 разу проти 2,3 разу в другій групі. У хворих першої групи через 4 тижні достовірно ($p<0,05$) зменшилася тривалість загострень хронічного подагричного артриту на 45,71%, проти 27,14% у другій групі, відповідно знизилася доза прийнятого лорноксикаму (з 16,08±1,68 до 8,12±2,05, $p<0,05$) порівняно з показником другої групи (з 16,03±2,11 до 12,05±1,57, $p<0,05$). Відповідно у хворих першої групи зменшилася добова доза алопуринолу (з 243,4±1,71 до 102,55±1,76, $p<0,05$), порівняно з даними (з 251,7±2,34 до 152,8±2,61, $p<0,05$) другої групи. Необхідно відмітити, що у хворих першої групи спостерігалася нормалізація показників артеріального тиску. Достовірно зменшилися САТ (з 162,5±2,56 до 135,8±3,17, $p<0,05$) та ДАТ (з 109,7±2,89 до 86,7±2,45, $p<0,05$), порівняно з відповідними показниками САТ (з 159,3±3,46 до 142,7±2,53, $p<0,05$) та ДАТ (з 112,1±1,78 до 97,1±2,15, $p<0,05$) у хворих другої групи. Покращення пуринового обміну відбулося за рахунок зниження рівня сечової кислоти в першій групі (з 768,1±6,41 до 378,1±8,21, $p<0,05$), проти показників другої групи (з 770,1±6,91 до 509,3±6,72, $p<0,05$).

В першій групі стабілізація гострофазових показників відбувалася на 1 – 4 тижні лікування (ШОЕ – з 35,5±1,2 до 22,96±1,9, $p<0,05$; СРБ – з 13,0±1,2 до 6,6±1,3, $p<0,05$) одночасно з нормалізацією рівня урикемії (з 768,1±6,41 до 378,1±8,21, $p<0,05$), а в другій групі – дещо поступово – після 4 тижнів лікування (ШОЕ – з 38,0±1,3 до 25,12±1,5, $p<0,05$; СРБ – з 12,9±1,1 до 8,13±1,1, $p<0,05$).

Відбувалася стабілізація запального процесу в суглобах, що підтверджує зменшення вираженості болю за ВАШ майже на 89,69% в першій групі проти 64,58% – у другій групі. Тривалість загострень хронічного подагричного артриту у хворих з АГ достовірно ($p<0,05$) зменшилася на 72,85% проти 41,14% – у Хворих з АГ на тлі ожиріння. Відповідно зменшилася добова доза прийнятого лорноксикаму (з 16,08±1,68 до 4,02±1,01, $p<0,05$), порівняно з відповідними показниками другої групи (з 16,03±2,11 до 8,81±1,89, $p<0,05$). Виявлене достовірне зменшення добової дози прийнятого алопуринолу (з 253,4±1,71 до 50,55±1,75, $p<0,05$), порівняно з

показником (з $251,7 \pm 2,34$ до $107,2 \pm 2,12$, $p < 0,05$) другої групи. Також, спостерігалася подальша нормалізація артеріального тиску. У хворих першої групи САТ зменшився (з $162,5 \pm 2,56$ до $125,8 \pm 3,07$, $p < 0,05$) та ДАТ (з $109,7 \pm 2,89$ до $81,7 \pm 2,35$, $p < 0,05$), порівняно з відповідними показниками САТ (з $159,3 \pm 3,46$ до $138,5 \pm 3,32$, $p < 0,05$) та ДАТ (з $112,1 \pm 1,78$ до $94,2 \pm 2,73$, $p < 0,005$) другої групи хворих. Спостерігалася покращення пуринового обміну за рахунок зниження рівня сечової кислоти у першій групі (з $768,1 \pm 6,41$ до $358,1 \pm 7,23$, $p < 0,05$), проти показників другої групи (з $770,1 \pm 6,91$ до $419,3 \pm 6,71$, $p < 0,05$).

Використання базисних лікувальних заходів виправдане при подагричному артриті у пацієнтів з АГ на тлі ожиріння. Проте зустрічається відсутність відповіді на застосування базисних лікувальних заходів.

На лікування впливають перебіг подагричного артрити, тяжкість артрити, початкові рівні сечовини ($p < 0,05$) і сечової кислоти, що має важливе позитивне значення в програмі лікування хворих із ожирінням.

У випадках лікування подагричного артрити у хворих із ожирінням визначається істотний вплив його тяжкості на ефективність терапевтичних заходів. На результати лікування негативно впливають високі рівні артеріального тиску. Це є ще одним критерієм необхідності індивідуального лікування пацієнтів, які страждають на подагричний артрит з АГ на фоні ожирінням.

Висновки

Наявність ожиріння у хворих на подагричний артрит з АГ істотно погіршує ефективність терапевтичних заходів ($p < 0,001$), яка, крім тяжкості ожиріння, залежить від перебігу захворювання, використання гіпоурикемічних препаратів, початкового стану пуринового обміну, надлишкової маси тіла. Нами використана програма комплексного лікування пацієнтів з ожирінням з урахуванням параметрів урикемії, ІМТ, рівня артеріального тиску й типу гіперліпідемії дозволяє значно поліпшити результати лікування. Співставлення результатів динамічного спостереження і лікування між двома групами свідчить про явну перевагу комплексного лікування у хворих першої групи.

Література

1. Барскова В.Г. Диагностика подагрического артрита / В.Г. Барскова // Русский медицинский журнал. – 2011. – Т. 19. – №10. – С. 614-617.
2. Борткевич О.П. Подагра: сучасний стан проблеми, підходи до діагностики та шляхи корекції / О.П. Борткевич, Ю.В. Білявська / Здоров'я України. – 2011. – №2. – С. 69-71.
3. Казимирко В.К. Ревматология / В.К. Казимирко, В.М. Коваленко – Донецк : Заславский А.Ю., 2009. – 443 с.
4. Насонов Е.Л. Современные технологии и перспективы лабораторной диагностики ревматических заболеваний / Е.Л. Насонов, Е.Н. Александрова // Терапевтический архив. – 2010. – №5. – С. 5-8.
5. Передерій В.Г. Основи внутрішньої медицини / В.Г. Передерій, С.М. Ткач. – Вінниця : Нова книга, 2010. – Т. 3. – 1004 с.
6. Синяченко О.В. Діагностика, перебіг та лікування метаболічного синдрому у хворих на подагру / О.В. Синяченко, Г.А. Ірнатеко, В.М. Петрова // Укр. Ревматолог. Журнал. – 2007. – №2(28). – С. 26-29.
7. Яцишин Р.І. Особливості клініко-біохімічних порушень у хворих на подагричний артрит на фоні метаболічного синдрому та методи їх корекції / Р.І. Яцишин, В.В. Мигович // Український ревматологічний журнал. – 2010. – Т. 42, № 4. – С. 50-54.

Реферат

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ
Ждан В.Н., Капустянская А.А.

Ключевые слова: подагрический артрит, артериальная гипертензия, ожирение, базисная терапия.

Наличие ожирения у больных подагрическим артритом с АГ существенно ухудшает эффективность терапевтических мероприятий, которые, кроме тяжести ожирения, зависят от течения заболевания, использования гипоурикемических препаратов, начального состояния пуринового обмена, избыточной массы тела. Нами использована программа комплексного лечения пациентов с ожирением с учетом параметров урикемии, ИМТ, уровня артериального давления и типа гиперлипидемии, что позволяет значительно улучшить результаты лечения. Сопоставление результатов динамического наблюдения и лечения между двумя группами свидетельствует о явном преимуществе комплексного лечения у больных первой группы.

Summary

EFFICIENCY OF BASIC THERAPY FOR GOUTY ARTHRITIS IN PATIENTS WITH CONCOMITANT DISEASES
Zhdan V.N., Kapustyanskaya A.A.

Key words: gouty arthritis, hypertension, obesity, basic therapy.

Obesity in patients who have gouty arthritis and arterial hypertension significantly reduces the efficiency of therapeutic measures, which are usually chosen considering the course of underlying disease, the severity of obesity, the use of hypouricemic medicines, the initial state of purine metabolism, excess weight. We used a program for comprehensive treatment of obese patients taking into account the parameters of uricemia, body mass index, blood pressure and type of hyperlipidemia that can significantly improve patient outcomes. The comparison of the results obtained by monitoring these two groups of patients during the treatment demonstrates significant advantage provided by the integrated treatment in the 1st group over the 2nd group.