

DOI 10.31718/2077-1096.20.1.100

УДК 616-002.78:616.12-008.331.1-085

Ждан В.М., Лебідь В.Г., Хайменова Г.С., Іщейкіна Ю.О.

ПОДАГРА І АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ: ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПІЇ

Українська медична стоматологічна академія, м.Полтава

У статті обговорюються питання коморбідності подагри в поєднанні з артеріальною гіпертензією. Акцентується увага на необхідності зваженого підходу до призначеного лікування. Подагра становить велику соціальну та економічну проблему для суспільства, призводить до зниження та втрати працездатності, обмеження професійної діяльності, тим самим погіршуючи якість життя. Артеріальна гіпертензія зустрічається у хворих на подагру у 5–50%, а при поєднанні з компонентами метаболічного синдрому – до 80%. Формування артеріальної гіпертензії у хворих на подагру закономірно призводить до погіршення функціонального стану нирок, що зумовлюється поєднанням двох нозологій, для яких нирки є органом і мішенню. Корекція артеріальної гіпертензії у хворих на подагру потребує від лікаря загальної практики найбільш оптимального підходу з використанням метаболічно нейтральних антигіпертензивних препаратів, щоб не спровокувати медикаментозно індуковане загострення артриту. Крім того, лікування артеріальної гіпертензії у хворих на подагру повинно забезпечувати оптимальний нефропротективний ефект та зумовлювати зниження концентрації сечової кислоти у сироватці крові, що буде сприяти додатковій профілактиці подагричних нападів. Метою дослідження стала оцінка нефропротективного, антигіпертензивного, гіполіпідемічного ефекту запропонованої комбінованої терапії у хворих на подагричний артрит в поєднанні з артеріальною гіпертензією. Дослідження проводилося на базі кафедри сімейної медицини і терапії Української медичної стоматологічної академії в обласному лікувально-діагностичному ревматологічному центрі при КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського» ПОР, брали участь 60 амбулаторних та стаціонарних хворих (середній вік – 54,2±8,6 років) із подагричним артритом в поєднанні з артеріальною гіпертензією, які склали основну групу. Контрольна група складала 60 хворих, які співпадають по віковим, демографічним, клінічним показникам. Протягом 12 місячного дослідження виявлено клінічний ефект від запропонованої комбінованої терапії у хворих на подагру з артеріальною гіпертензією. Після проведеного лікування спостерігалось зниження показників ліпідного спектру крові в досліджуваних групах: загальний холестерин на 16,0 % в основній групі, на 8,0 % в контрольній групі, ліпопротеїди високої щільності на 5,6 % в основній групі і на 6,4 % в експериментальній групі, ліпопротеїди низької щільності на 3,3 % в основній групі і на 3,4 % в контрольній групі, тригліцериди на 22,2 % в основній групі і на 12,3 % в контрольній групі. У хворих основної групи на фоні запропонованої комбінованої терапії виявлено покращення швидкості клубочкової фільтрації нирок на 6,4 % в порівнянні з контрольною групою – 1,3%. Рівень креатиніну в обстежуваних групах на фоні лікування знижувався не достовірно. Рівень сечової кислоти на фоні лікування в основній групі знизився на 32,6% в порівнянні з контрольною групою на 24,6%. На фоні запропонованої терапії у пацієнтів основної групи потреба в нестероїдних протизапальних препаратах через 6 місяців знизилася на 58%, в контрольній групі - на 37%. Після проведеного 12 місячного лікування хворих основної і контрольної груп був отриманий позитивний результат від запропонованої комбінованої терапії у хворих основної групи 87,7% в порівнянні з контрольною групою 48,6 %. Оцінка лікарем ефективності запропонованої комбінованої терапії у хворих основної групи становить 87 %, пацієнтами – 88%.

Ключові слова: подагра, артеріальна гіпертензія, коморбідність, комбінована терапія.

Стаття є фрагментом НДР кафедри сімейної медицини і терапії "Особливості перебігу, прогнозу та лікування коморбідних станів при захворюваннях внутрішніх органів з урахуванням генетичних, вікових і гендерних аспектів", № 0118 У 004461

Вступ

У сучасній науковій літературі активно обговорюється проблема надання медичної допомоги пацієнтам із супутньою та поєднаною патологією: подагра і артеріальна гіпертензія.

Незважаючи на високу поширеність поєднаної патології у хворих на подагру, більшість пацієнтів намагається отримати консультації та рекомендації від спеціалістів вузького профілю. У таких випадках нерідко проблема пацієнта не вирішується, оскільки потрібна інтегральна оцінка стану здоров'я людини, призначення лікування з урахуванням взаємодії медикаментозних препаратів, надання рекомендацій щодо режиму і тривалості їх прийому. За наявності у хворого коморбідної патології та необхідності її лікування, вимоги до медикаментів, котрі призначають,

повинні включати мінімальні можливості взаємодії, шляхи виведення з організму, метаболічну нейтральність, добру переносимість і позитивний вплив на уражений орган, що в сукупності сприятиме не тільки поліпшенню самопочуття та покращенню якості життя хворого, а і його подовженню [1,2,12,5,9].

Подагра становить велику соціальну та економічну проблему для суспільства, призводить до зниження та втрати працездатності, обмеження професійної діяльності, тим самим погіршуючи якість життя [2, 14].

Подагра – системне захворювання, що характеризується появою запальної реакції в місцях відкладання кристалів моноурату натрію (МУН) в осіб з гіперурикемією (ГУ), яка зумовлена зовнішніми чинниками і /або генетичними факторами

[8,15,19]. Гіперурикемія – фактор ризику захворювань серцево-судинної системи.

ГУ визначається як підвищення рівня сечової кислоти (СК) у плазмі крові > 408 мкмоль / л (6,8 мг / дл), яке відбувається внаслідок збільшення утворення СК, зниження виведення СК або поєднання цих процесів. З підвищеним рівнем СК пов'язують артеріальну гіпертензію (АГ), захворювання нирок, метаболічний синдром (МС), атеросклероз, ішемічну хворобу серця (ІХС), інсульт і судинну деменцію [13,4].

Подагра відноситься до найбільш частих ревматичних хвороб і займає лідируючі позиції серед артриту у чоловіків понад 30 років, на частку якої припадає від 0,1% до 1,7% загальної захворюваності [16], поширеність її повсюдно зростає, що не зумовлене підвищенням якості діагностики чи збільшенням кількості хворих, що приймають діуретичні препарати. З іншого боку, збільшення вживання білків в їжу в багатьох популяціях за минуле десятиліття призвело до значного зростання кількості випадків даного захворювання в усьому світі [16]. Серед української популяції поширеність подагри становить 0,4% дорослого населення, в той же час поширеність ГУ сягає 15–20% [11]. Інші автори наголошують, що ГУ частіше відмічають у представників негроїдної раси та чоловіків [8,22]. Співвідношення хворих чоловіків до хворих жінок становить 20:1 [8,20], а згідно з даними А. Reginato та співавторів, поширеність подагри у жінок репродуктивного віку та чоловіків становить 2 і 5,9% відповідно, досягаючи зараз в популяції $\geq 6\%$ [8,6,23].

Основним фактором патогенезу подагри є порушення пуринового обміну, зокрема сечової кислоти і її метаболітів з одного боку, патофізіологічно, розуміють аутозапальний синдром внаслідок активації інфламасом, з іншого – метаболічне порушення, що характеризується накопиченням уратів, як наслідок ГУ, з їх артикулярною та екстраартикулярною кристалізацією та хронічним запаленням, деяких металів, пуринових основ і ферментів, які мають взаємозв'язку з багатьма середньомолекулярними сполуками гормональної та пептидної природи [6,8].

За даними інших авторів, поширеність подагри у віці старше 75 років становить 2,8% у жінок та 5,3% – у чоловіків [11,8]. Пік захворюваності припадає на вік 40–50 років у чоловіків та старше 60 років – у жінок, що пояснюється наявністю в репродуктивному періоді естрогенів, які стимулюють каналцеву екскрецію сечової кислоти (СК) і, тим самим, виявляють уратзнижувальний ефект [21]. Хоча Л.М. Михайлів стверджує, що навіть після настання менопаузи у здорових жінок рівень СК в крові в середньому на 1 мг/дл нижчий, ніж у чоловіків. Тільки у 3–6% пацієнтів симптоми подагри з'являються у віці молодше 25 років, у таких випадках подагричний артрит має зазвичай тяжкий перебіг та несприятливий прогноз [8].

Поширеність подагри у деяких регіонах Укра-

їни складає понад 400 на 100 тис. населення. Питома вага хвороби серед ревматичних захворювань в Україні досягає 1,5 - 2% [16].

АГ зустрічається у хворих на подагру у 5 - 50%, а при поєднанні з компонентами метаболічного синдрому – до 80% [16]. Формування АГ у хворих на подагру закономірно призводить до погіршення функціонального стану нирок, що зумовлюється поєднанням двох нозологій, для яких нирки є органом і мішенню [33].

Корекція АГ у хворих на подагру потребує від лікаря загальної практики найбільш оптимального підходу з використанням метаболічно нейтральних антигіпертензивних препаратів, щоб не спровокувати медикаментозно індуковане загострення артриту. Крім того, лікування АГ у хворих на подагру повинно забезпечувати оптимальний нефропротективний ефект та зумовлювати зниження концентрації СК у сироватці крові, що буде сприяти додатковій профілактиці подагричних нападів [4,16].

Мета дослідження

Оцінити нефропротективний, антигіпертензивний, гіполіпідемічний ефект запропонованої комбінованої терапії у хворих на подагричний артрит в поєднанні з артеріальною гіпертензією.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводилося на базі кафедри сімейної медицини і терапії Української медичної стоматологічної академії в обласному лікувально-діагностичному ревматологічному центрі при КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського» ПОР, брали участь 60 амбулаторних та стаціонарних хворих (середній вік - $54,2 \pm 8,6$ років) із подагричним артритом в поєднанні з АГ, які склали основну групу (ОГ).

Діагноз первинного подагричного артриту в поєднанні з АГ встановлено у 60 хворих, які склали основну групу (ОГ) (середній вік $54,2 \pm 8,6$ років) та контрольна група порівняння (КГ) (середній вік $52,4 \pm 9,2$ років) в складі до якої також входили 60 хворих з подагричним артритом в поєднанні з АГ, які співпадали по демографічним, віковим та клінічним показникам на початку захворювання з пацієнтами ОГ і мали клінічно значимі прояви захворювання, які потребували постійного застосування НПЗП протягом останніх 5 міс. перед дослідженням та мали супутню патологію: АГ – II-III стадії, 2-3 ступеня, ІХС, серцева недостатність I-IIA, NYHA II-IV, постінфарктний/дифузний кардіосклероз [5] і знаходилися під динамічним спостереженням на протязі 12 місяців.

Запропоновані цілі терапії за даними Американського коледжу ревматологів (American College of Rheumatology – ACR), рекомендацій Японського суспільства по подагрі і нуклеїнового обміну. Ініціативи 3Е, рекомендацій Європейської антиревматичної ліги (The European League Against Rheumatism – EULAR): рівень МК < 6

мг/дл (360 мкмоль/л) для усіх пацієнтів і < 5 мг/дл (300 мкмоль/л) – для важкої подагри, яка характеризується наявністю тофусів при фізикальному обстеженні або візуалізації і залученням

більше 4 суглобів [7,20,17].

Клініко-демографічна характеристика пацієнтів з подагрою в поєднанні з АГ, які увійшли в дослідження, наведена у табл. 1.

Таблиця 1

Клініко-демографічна характеристика обстежуваних хворих з подагрою в поєднанні з АГ

Показник	Групи хворих	
	Група 1-а(ОГ)	Група 2-а (КГ)
Кількість пацієнтів	60	60
Середній вік, років (М±σ)	54,2±8,6	52,4±9,2
Середня тривалість хвороби, роки (М±σ)	20,4±5,3	20,1±7,6
Частота атак на рік	4,8±2	4,5±3
Кількість тофусів	2,2±0,38	2,4±0,24
Індекс маси тіла	32,4±2	31,8±3
Систолічний артеріальний тиск, мм рт. ст.	160±3,4	155±6,2
Діастолічний артеріальний тиск, мм рт. ст.	88,4±2,6	86,5±2,2
НПЗП, які застосовували пацієнти, n (%):		
Диклофенак	38	35
Німесулід	28	26
Ревмоксикам	23	25
Олфен	11	14
Основні коморбідності, n (%)		
Гіпертонічна хвороба	23 (38,3%)	19 (31,7%)
Ішемічна хвороба серця	10 (16,7 %)	9 (15,0%)
Постінфарктний/дифузний кардіосклероз	13 (20,0%)	10 (16,7%)

Досліджували концентрацію СК у крові, сироватковий рівень креатиніну, С-реактивного білку (СРБ), загальний рівень холестерину (ЗСХ), ХС ліпопротеїну високої щільності (ХС ЛПВЩ), тригліцеридів (ТГ) в сироватці крові уніфікованим методом; ХС ліпопротеїнів низької щільності (ХС ЛПНЩ) розраховували за формулою Friedwald (1997): $ХС\ ЛПНЩ = ЗСХ - ХС\ ЛПВЩ - (0,45 \cdot ТГ)$, швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ).

Статистичну обробку даних проводили з використанням програмного забезпечення «Statistica 6.0» [2].

Хворі ОГ отримували таку терапію:

- хондропротектор Дона (глюкозаміну сульфат 2,0 мл по 2 мл через день внутрішньом'язево, № 12), потім Дона (глюкозаміну сульфат по 1 саше 1 раз в день після їжі, 3 міс.);

- антигіпертензивний препарат: лозартан 50 мг (лозартан плюс 50/12,5 мг) по 1 табл. 1-2 рази на добу після їжі, постійно;

- статин: розарт 10-20 мг після їжі, постійно;

- комплексний ліпідознижуючий фітопрепарат Равісол: 100 мл препарату містить настойки (1:10) одержаної з суміші лікарської рослинної сировини: пагони та листя омели білої 1,5 г, трави хвощу польового 1 г, плоди софори японської 1,5 г, насіння гіркої каштану звичайного 1,5 г, плоди глоду 2 г, квітки конюшини 1 г, трава барвінку малого 1,5 г; допоміжна речовина: етанол 40 % (об/об). Цей препарат отримували пацієнти ОГ по 5 мл 3 рази на добу за 30 хв перед їжею, 2 місяці. [10];

- антигіперурикемічний препарат - аденурик (фебуксостат) 80 мг (120 мг) по 40 мг на добу після їжі, постійно [16].

- Омега-3- тригліцериди : Омега-3 500 мг по 1 капс. 3 рази на добу після їжі, 6 місяців [14]. Хворі КГ отримували лікування:

- антигіперурикемічний препарат: алопуринол по 100-300 мг 1 раз на добу після їжі, 6 місяців; в комбінації з нестероїдними протизапальними препаратами (НПЗП), антигіпертензивними засобами, статинами, хондропротекторами в відповідних дозах.

До критеріїв включення належали: постінфарктний кардіосклероз; артеріальна гіпертензія (АГ) I-II ступеня, некризовий перебіг; подагра [6]. До критеріїв виключення належали: застосування будь-яких препаратів із хондропротекторною активністю протягом останніх 3 міс; подагричний артрит без АГ; клінічно латентний перебіг захворювання; наявність виразки шлунка чи дванадцятипалої кишки; тяжка гепатоцелюлярна, ниркова недостатність; тяжкий перебіг інших гострих чи хронічних захворювань; індивідуальна непереносимість препарату, алергія на препарат; тяжкі соматичні захворювання (некомпенсована ІХС, онкологічні захворювання, хронічна легенева недостатність, ВІЛ) [5,9]. За необхідності пацієнтам дозволялося приймати НПЗП в ефективній дозі.

З метою об'єктивізації оцінки клінічних проявів подагри в поєднанні з АГ і ефективності запропонованого лікування в ході дослідження використано та проаналізовано такі показники: добова потреба в НПЗП, антигіпертензивних препаратах та індивідуальна оцінка ефективності лікарем і пацієнтом, а також кількість та вираженість побічних ефектів. Контроль ефективності лікування проводили через 3 місяці, 6 місяців та 12 місяців.

Результати та їх обговорення

Клінічна характеристика розподілу хворих на подагру за рівнями ліпідного спектра представлена у таблиці 2.

У пацієнтів ОГ та КГ груп до лікування було виявлено підвищення рівня ЗХ, ТГ, ХС ЛПНЩ та зменшення рівня ХС ЛПВЩ в порівнянні з КГ. Після проведеного лікування спостерігалось зниження показників ліпідного спектру крові в до-

сліджуваних групах: ЗХ на 16,4 % в ОГ, на 8,0 % в КГ, ХС ЛПВЩ на 5,6 % в ОГ і на 6,4 % в КГ, ХС ЛПНЩ на 3,3 % в ОГ і на 3,4 % в КГ, ТГ на 22,2 % в ОГ і на 12,3 % в КГ.

Таблиця 2
Клінічна характеристика розподілу хворих на подагру за рівнями ліпідного спектра ($M \pm \sigma$)

Показник	Хворі основної групи n=60		Хворі контрольної групи n=60	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
ЗХС	$6,4 \pm 0,38^*$	$5,38 \pm 0,26$	$6,3 \pm 0,25^*$	$5,8 \pm 0,18$
ХС ЛПВЩ	$1,1 \pm 0,54$	$1,05 \pm 0,24$	$1,09 \pm 0,48$	$1,02 \pm 0,46$
ХС ЛПНЩ	$3,6 \pm 0,88$	$3,48 \pm 0,16$	$3,5 \pm 1,14$	$3,38 \pm 0,18$
ТГ	$1,8 \pm 1,1$	$1,4 \pm 1,25$	$1,78 \pm 1,4$	$1,56 \pm 0,14$

Примітка: * достовірна відмінність щодо контрольної групи ($p < 0,05$).

Таблиця 3
Клінічна характеристика груп дослідження

Показник	Перша (ОГ), n=60	Друга (КГ), n=60
СК, мкмоль/л	546 ± 28	$524 \pm 22^*$
Креатинін, мкмоль/л	98 ± 12	$95,5 \pm 12,3$
ШКФ, мл/хв ²	78 ± 14	84 ± 21

Примітка: * – достовірна різниця між першою та другою групами.

Таблиця 4
Показники функціонального стану нирок та рівня сечової кислоти у хворих основної групи та контрольної групи на фоні лікування

Динаміка показника	Основна група n=60		Контрольна група n=60		
	Креатинін сироватки, мкмоль/л	ШКФ, мл/хв ²	Креатинін сироватки, мкмоль/л	ШКФ, мл/хв ²	Сечова кислота, мкмоль/л
До лікування	98 ± 12	78 ± 14	546 ± 28	$95,5 \pm 12,3$	77 ± 12
Після лікування	$94,3 \pm 10$	83 ± 10	368 ± 64	$92,3 \pm 23$	78 ± 22
					395 ± 26

Примітка: * $p < 0,05$

Клінічна характеристика груп дослідження представлена у таблиці 3.

У пацієнтів основної групи та експериментальної групи було виявлено гіперурикемію, яка проявлялася в достовірному збільшенні сечової кислоти на 59,7% ($p < 0,001$) в ОГ і на 53,2 % ($p < 0,001$) в КГ в порівнянні з КГ. У хворих ОГ виявлено достовірне підвищення креатиніну в сировотці крові на 28,4 % ($p = 0,03$), в контрольній групі на 25,2 % ($p = 0,03$) в порівнянні з КГ. Паралельно спостерігалось зниження ШКФ на 23,5 % ($p = 0,03$) у ОГ та 17,6% ($p < 0,001$) у ОГ в порівнянні КГ.

Показники функціонального стану нирок та рівня СК у хворих основної групи та контрольної групи на фоні лікування представлені в таблиці 4.

У хворих ОГ на фоні запропонованої комбінованої терапії виявлено покращення ШКФ нирок на 6,4% в порівнянні з КГ - 1,3%. Рівень креатиніну в обстежуваних групах на фоні лікування знижувався недостовірно. Рівень сечової кислоти на фоні лікування в ОГ знизився на 32,6% в порівнянні з КГ на 24,6%.

На фоні запропонованої терапії у пацієнтів ОГ потреба в НПЗП через 6 місяців знизилася на 58% в порівнянні з КГ на 37%.

Після проведеного 12 місячного лікування хворих ОГ і КГ був отриманий позитивний результат від запропонованої комбінованої терапії у хворих ОГ 87,7 % в порівнянні з КГ 48,6 %. Оцінка лікарем ефективності запропонованої

комбінованої терапії у хворих ОГ становить 87 %, пацієнтами - 88%.

Висновки

У хворих на подагру з АГ виявлено порушення ліпідного обміну, яке характеризується підвищеним вмістом ТГ, помірним зниженням ХС ЛПВЩ в крові. Вираженість дисліпідемії у хворих на подагру з АГ асоціюється з їх віком, тривалістю захворювання і активністю запального процесу, чим вищий С-реактивний білок, тим достовірно вищий ЗХ, ХС ЛПНЩ, ТГ та нижчий рівень ХС ЛПВЩ в крові.

Запропонована нами комбінована терапія подагри з АГ та коморбідною патологією є ефективною. В результаті її проведення зменшуються такі основні прояви подагри, як біль, обмеження рухливості в суглобах, зменшення проявів синовііту, обмеження в виконанні повсякденної діяльності, виражена позитивна динаміка лабораторних показників, покращення якості життя (нормалізуються об'єми рухів в суглобах, артеріальний тиск, зменшення болю в ділянці серця та суглобах, потреби у вживанні НПЗП та антигіпертензивних засобів) вже до кінця третього місяця лікування.

Запропонована комбінована терапія у хворих на подагру з АГ є патогенетично обґрунтованою, ефективною, безпечною і може бути з успіхом використана у практичній охороні здоров'я.

Література

1. Khimion LV, Klymas IV. Polymorbid patient: who can help? Simeina medytsyna. 2015; 5 (61): 6-7.
2. Voloshyna LO, Smiian SI. Osteoartroz, poli- ta komorbidnist: vikovi, henderni, prognostychni y likuvalno-profilaktychni aspekty: dani tryrichnoho prospektivnoho doslidzhennia [Osteoarthritis, poly- and comorbidity: age, gender, prognostic and treatment-related aspects: data from a three-year prospective study]. Ukrainskyi revmatologichnyi zhurnal. 2016; 4(66): 51-58.
3. Hryhorovskiy VV, Babko AM, Herasymenko AS. Morfolohichni pokaznyky patolohichnykh zmin kulshovoho suhloba, yikh chastota ta koreliatsiini zalezhnosti mizh pokaznykamy histomorfometrii spongiozy holivky stehnovoi kistky u khvorykh na revmatoidnyi artrty [Morphological indices of pathological changes of the hip joint, their frequency and correlation dependence between indices of histomorphometry of spongiosis of femoral head in patients with rheumatoid arthritis]. Ukrainskyi revmatologichnyi zhurnal. 2019; №1(75):49-59.
4. Hrossi D, Ferri L, Dezideri Dzh et al. Khronichna hiperukemiia, vidkladannia sechovoi kysloty ta kardiovaskuliarnyi ryzyk [Chronic hyperuricemia, laying of urinary acid and cardiovascular risk]. Italiia. Zdorovia Ukrainy. – 2017; 5(54) :3.
5. Zhdan VM, Lebid VH. Otsinka efektyvnosti khondroprotektoriv u patsientiv z komorbidnoiu patolohiieiu [Patients have an estimation of efficiency of khondroprotektoriv with komorbidnoy pathology]. Aktualni problemy suchasnoi medytsyny: Visnyk Ukrainkoi medychnoi stomatologichnoi akademii. 2018; 3(63):52-57.
6. Syniachenko OV, Ermolaeva MV, Fedorov DM, Pylypenko VV. Klynko-patoheneticheskaia znachymost srednemolekuliarnykh soedyneni pri podahre [Clinical and pathogenetic significance of molecular weight compounds in gout]. Ukrainskyi revmatologichnyi zhurnal. 2018; №3(73):38-43.
7. Kozymyrko VK. Podahra y ateroskleroz kak hranulematoznye bolezny [Gout and atherosclerosis as granulomatous diseases]. Ukrainskyi revmatologichnyi zhurnal. 2017; 2(68):17-24.
8. Kondratiuk Vle, Tarasenko OM. Suchasnyi pohliad na patohenetichni aspekty podahry (ohliad literatury) [A Contemporary Look at the Pathogenetic Aspects of Gout (Literature Review)]. Ukrainskyi revmatologichnyi zhurnal. 2018; 4(74): 32-7.
9. Lebid VH, Khaimenova HS. Osoblyvosti likuvannia zhinok starshykh vikovykh hrup khvorykh na osteoartryt z komorbidnoiu patolohiieiu [Features of treatment of women of older age groups with osteoarthritis with comorbid pathology]. Aktualni problemy suchasnoi medytsyny: Visnyk Ukrainkoi medychnoi stomatologichnoi akademii. 2018; 3(63):135-140.
10. Matveeva L. Sovremennaia fytoterapiya arterialnoi hipertenzyy: Ravysol na strazhe arterialnogo davleniya [Modern herbal hypertension: Ravisol on blood pressure]. Zdorovia Ukrainy. 2017; 15-16(412-413) serpen:44-45.
11. Molchanov D. Ynhybyrovanye ksantynoksydazy kak put uluchsheniya serdechno-sosudystykh yskhodov [Inhibition of xanthine oxidase as a way of improving cardiovascular outcomes]. Zdorovia Ukrainy. 2017; 15-16 (412-413):10-11.
12. Kuznietsova LP, Bohoslav TV, Reshetilov Yul, Bondar MV. Osoblyvosti vedennia khvorykh iz komorbidnoiu patolohiieiu u klinitsi vnutrishnikh khvorob [Features of management of patients with comorbid pathology in the clinic of internal diseases]. Zaporizhskiy medychnyi zhurnal. 2015; 5 (92):69-73.
13. Khimion LV, Yashchenko OB, Sytiuk TO, Danyliuk SV, Kycha NV. Suchasna stratehiia vedennia khvorykh na podahru [A modern strategy for managing gout patients]. Simeina medytsyna. 2019; 1(81):6-11.
14. Talaeva TV, Tretiak YV, Vavylova LL. Protivovospalytelnaia y ymmunomodulyruishchee deistvie Omeha-3 polynenasysishchenykh zhyrnykh kyslot, kak osnova ykh antyretmycheskogo deistviya [Anti-inflammatory and immunomodulatory action of Omega-3 polyunsaturated fatty acids, as the basis of their antirheumatic action]. Arytmolohiya. 2019; 1(29): 39-47.
15. Tereshchenko O. Khronichna khvoroba nyrok i hiperukemiia: mozhlyvosti urat znyzhuvalnoi terapii [Chronic kidney disease and hyperuricemia: possibilities of urate reduction therapy]. Zdorovia Ukrainy. 2018; 17(438): 3.
16. Fushte IM, Rekalov DH, Daniuk IO. Kombinovanyi pidkhd do nefroproteksii u khvorykh na podahru z syndromom arterialnoi hipertenzii [Combined approach to nephroprotection in patients with gout with hypertension syndrome]. Semeinaia medytsyna. 2015; 5 (61):104-8.
17. Khimion LV, Buriatova OA, Sytiuk TO, Danyliuk SV. Podahra: multidystsyplinarnyi pidkhd i rannii pochatok terapii- zaporuka uspihu likuvannia [Gout: A multidisciplinary Approach and Early Beginning Therapy - A Key to Treatment Success]. Zdorovia Ukrainy. 2019; 8(53) Kviten:5-6.
18. Shuba NM, Voronova TD, Lytvynenko SV. Rol Hyperurikemii v rozvytyi kardiovaskuliarnoi patolohii [The role of hyperuricemia in the development of cardiovascular pathology]. Ukrainskyi revmatologichnyi zhurnal. 2017; 2(68): 38-46.
19. Iaromenko O.B. Praktycheskaia revmatolohiya: sovremennye aspekty [Practical rheumatology: modern aspects]. Kyev: «Byblyoteka «Zdorovia Ukrainy». 2015: 337.
20. Wallace KL, Riedel AA, Joseph-Ridge N et al. Increasing prevalence of gout and hyperuricemia over 10 years among older adults in a managed care population. J. Rheumatol. 2014; 31(8):1582-7.
21. Singh JA. Racial and gender disparities among patients with gout. Curr. Rheumatol. Rep. 2013; 15(2): 307.
22. Phay JE, Hussain HB, Moley JF. Cloning and expression analysis of a novel member of the facilitative glucose transporter family, SLC2A9 (GLUT9). 2000; Genomics, 66: 217–220.
23. Liu-Bryan R, Terkeltaub R. () Tophus biology and patho- genesis of monosodium urate crystal-induced inflammation. In: Terkeltaub R, editor. Gout and other crystal deposition arthropathies. Philadelphia, PA: Elsevier, 2011. p.59-71.

Реферат

ПОДАГРА И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ: ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ

Ждан В.Н., Лебидь В.Г., Хайменова Г.С., Ищейкина Ю.А.

Ключевые слова: подагра, артериальная гипертензия, коморбидность, комбинированная терапия.

В статье обсуждаются вопросы коморбидности подагры в сочетании с артериальной гипертензией. Акцентируется внимание на необходимости взвешенного подхода к назначению терапии. Подагра составляет большую социальную и экономическую проблему для общества, приводит к снижению и потере работоспособности, ограничению профессиональной деятельности, тем самым ухудшая качество жизни. Артериальная гипертензия встречается у больных подагрой в 5-50%, а при сочетании с компонентами метаболического синдрома – до 80%. Формирование артериальной гипертензии у больных подагрой закономерно приводит к ухудшению функционального состояния почек, который предопределяется сочетанием двух нозологий, для которых почки являются органом и мишенью. Коррекция артериальной гипертензии у больных подагрой нуждается от врача общей практики наиболее оптимального подхода с использованием метаболических нейтральных антигипертензивных препаратов, чтобы не спровоцировать лекарственно индуцируемое обострение артрита. Кроме того, лечение артериальной гипертензии у больных подагрой должно обеспечивать оптимальный нефропротективный эффект и способствовать снижению концентрации мочевой кислоты в сыворотке крови, которая будет способствовать дополнительной профилактике подагрических атак.

Целью исследования стала оценка нефропротективного, антигипертензивного, гиполипидемического эффекта предложенной комбинированной терапии у больных подагрическим артритом в сочетании артериальной гипертензией и коморбидной патологией.

Исследование проводилось на базе кафедры семейной медицины и терапии Украинской медицинской стоматологической академии в областном лечебно-диагностическом ревматологическом центре при коммунальном предприятии «Полтавская областная клиническая больница им. М.В.

Склифосовского» Полтавского областного совета, принимали участие 60 амбулаторных и стационарных больных (средний возраст – $54,2 \pm 8,6$ лет) с подагрическим артритом в сочетании с артериальной гипертензией, которые составили основную группу. Контрольная группа состояла из 60 больных, сопоставляемых по возрастным, демографическим, клиническим показателям.

В течение 12-месячного исследования отмечен клинический эффект от предложенной комбинированной терапии у больных подагрой с артериальной гипертензией. После проведенного лечения наблюдалось снижение показателей липидного спектра крови в исследуемых группах: общий холестерин на 16,0 % в основной группе, на 8,0 % в контрольной группе, липопротеиды высокой плотности на 5,6 % в основной группе и на 6,4 % в контрольной группе, липопротеиды низкой плотности на 3,3 % в основной группе и на 3,4 % в контрольной группе, триглицериды на 22,2 % в основной группе и на 12,3 % в контрольной группе. У больных основной группы на фоне предложенной комбинированной терапии обнаружено улучшение скорости клубочковой фильтрации почек на 6,4 % по сравнению с контрольной группой – 1,3%. Уровень креатинина в обследуемых группах на фоне лечения снижался недостоверно. Уровень мочевой кислоты на фоне лечения в основной группе снизился на 32,6% по сравнению с контрольной группой – 24,6%. На фоне предложенной терапии у пациентов основной группы потребность в нестероидных противовоспалительных препаратах через 6 месяцев снизилась на 58% по сравнению с контрольной группой – 37%.

После проведенного 12-месячного лечения больных основной и контрольной групп был получен положительный результат от предложенной комбинированной терапии у больных основной группы 87,7% по сравнению с контрольной группой – 48,6 %. Оценка врачом эффективности предложенной комбинированной терапии у больных основной группы составляет 87 %, пациентами – 88%.

Summary

GOUT AND ARTERIAL HYPERTENSION: THERAPY PECULIARITIES

Zhdan V.M., Lebid V.G., Khaimenova H.S., Isheikina G.A.

Key words: gout, hypertension, comorbidity, combination therapy.

The article highlights the issues on comorbidity between gout and hypertension. Emphasis is placed on the necessity in searching for a well-balanced approach toward the treatment this type of comorbidity. Gout is a major social and economic problem in the modern society that leads to a progressive physical incapability, limitation of professional activity, thus impairing the quality of life. Arterial hypertension occurs in patients with gout in 5 - 50% of cases, and in combination with components of metabolic syndrome its prevalence rises up to 80%. As a result, the development of hypertension in patients with gout leads to a deterioration of the kidney functioning due to the combination of two pathological conditions for which the kidneys are either functioning organs or target organs. Management of arterial hypertension by general practitioner requires the searching for the most optimal approach in using metabolically neutral antihypertensives to avoid provoking medication-induced exacerbation of arthritis. In addition, the treatment of such category of patients should also provide the optimal nephroprotective effect and decrease the uric acid concentration in the serum that will contribute to the additional prevention of gout attacks.

The aim of the study is to evaluate the nephroprotective, antihypertensive, hypolipidemic effects of the proposed combined therapy in the patients with comorbidity between gout arthritis and arterial hypertension.

The study was conducted at the Regional Medical and Diagnostic Centre of Rheumatological Diseases, M.V. Sklifosovskiy Poltava Regional Clinical Hospital, which is the clinical base of the Department of Family Medicine and Therapy, Ukrainian Medical Stomatological Academy. 60 patients with mean age of 54.2 ± 8.6 years were enrolled to the study. The patients suffering from gout arthritis and comorbid hypertension formed the main group. The control group consisted of 60 patients matched by age, demographic and clinical parameters.

Following the 12-month treatment period, we have registered clinical effects of the combination therapy proposed in patients with gout and comorbid hypertension. We observed a decrease in blood lipids values in the study groups: total cholesterol decreased by 16.0% in the main group and by 8.0% in the control group, high-density lipoproteins – by 5.6% in the main group and by 6.4% in the control group, low density lipoproteins – by 3.3% in the main group and by 3.4% in the control group, triglycerides – by 22.2% in the main group and 12.3% in the control group.

We observed statistically significant improvement in the glomerular filtration rate in the main group (6.4% of cases vs. 1.3% in the control group). The blood creatinine in the both study groups decreased significantly. The uric acid blood concentration decreased by 32.6% in the main group compared to 24.6% in the control group. During the six month period of the therapy the necessity for non-steroidal anti-inflammatory drugs cut down by 58% in the study group vs. 37% in the control group.

Conclusions. After 12 month period of therapy proposed, the patients with gout and comorbid hypertension demonstrated clinically confirmed improvement in both study groups (87.7% of patients in the main group vs. 48.6% in the control group). The efficacy of the proposed treatment was assessed by physicians up to 87%, vs. 88% efficacy assessed by the patients in the main group.