

# АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ: Том 12, Випуск 1-2 (37-38) 2012 ВІСНИК Української медичної стоматологічної академії

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Заснований в 2001 році

Виходить 4 рази на рік

## Зміст

### - С Т А Т Т І - Стоматологія

<b>Аветіков Д.С., Ставицький С.О.</b> .....	5
ОПТИМІЗАЦІЯ ПАТОГЕНЕТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГІПЕРТРОФІЧНИХ РУБЦІВ ГОЛОВИ ТА ШИЇ	
<b>Аветіков Д.С., Скрипник В.М.</b> .....	9
ЗАСТОСУВАННЯ КРЕМУ «ДЕРМОФІБРАЗЕ» В КОМПЛЕКСНІЙ ПРОФІЛАКТИЦІ УТВОРЕННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ПАТОЛОГІЧНИХ РУБЦІВ НА ГОЛОВІ ТА ШИЇ	
<b>Бойченко О.М.</b> .....	12
КОРЕКЦІЯ МЕТАБОЛІЧНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОМУ ПАРОДОНТИТИ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ З ВИКОРИСТАННЯМ АНТИГІПОКСАНТІВ МЕТАБОЛІЧНОЇ ДІЇ	
<b>Виженко Є.Є.</b> .....	18
ФІЗИКО-МЕХАНІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ ЦЕМЕНТІВ ДЛЯ ФІКСАЦІЇ НЕЗНІМНИХ ОРТОПЕДИЧНИХ КОНСТРУКЦІЙ НА ІМПЛАНТАТАХ	
<b>Головко Н.В., Хейдарі Мехді Хоссейн</b> .....	21
ПРОГНОЗ ЛІКУВАННЯ ОРТОДОНТИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ З ГЛИБОКИМ ПРИКУСОМ	
<b>Грецьких Е.В., Сторожева М.В.</b> .....	24
ВЛИЯНИЕ ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ГНОЙНЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.	
<b>Гришко Ю.М., Мошель Т.М., Ганчо О.В.</b> .....	29
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК АКТИВНОСТІ ЛІЗОЦИМУ РОТОВОЇ РІДИНИ ІЗ СТОМАТОЛОГІЧНИМ І СОМАТИЧНИМ СТАТУСОМ	
<b>Іваницька О.С., Рибалов О.В., Скієвич М.Г.</b> .....	31
КОМПЛЕКСНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ПЕРИФЕРІЙНИМИ УРАЖЕННЯМИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ЯК ОСНОВА ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЇХ ЛІКУВАННЯ	
<b>Іваницький І.О., Ніколішин А.К., Петрушанко Т.О.</b> .....	35
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІНІЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ЗУБНОЇ ПАСТИ «COLGATE SENSITIVE PRO-RELIEF» ТА ПРЕПАРАТУ «ГЛУФТОРЕД» У ЛІКУВАННІ ПІДВИЩЕНОЇ ЧУТЛИВОСТІ ЗУБІВ	
<b>Іленко Н.В.</b> .....	39
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ТА БІОФІЗИЧНИХ ПАРАМЕТРІВ РОТОВОЇ РІДИНИ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ	
<b>Лобань Г.А., Ганчо О.В., Черета В.В.</b> .....	43
ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА МЕТОДІВ ВИДІЛЕННЯ МІКРООРГАНІЗМІВ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ	
<b>Новіков Є.М.</b> .....	45
ПОКАЗНИКИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕННЯ ЛІПІДІВ ТА АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ В РОТОВІЙ РІДИНІ ПРИ ХРОНІЧНОМУ КАТАРАЛЬНОМУ ГІНГІВІТІ У ДІТЕЙ В ПЕРІОД ЗМІННОГО ПРИКУСУ	
<b>Островська Л.Й., Петрушанко Т.О., Пурденко Т.Й.</b> .....	48
ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ВАГІТНИХ ІЗ ЗАПАЛЬНИМИ ЗМІНАМИ У ТКАНИНАХ ЯСЕН	
<b>Падалка А.І.</b> .....	52
МЕТОДОЛОГІЯ ЗАВЧАСНОГО ІНДИВІДУАЛЬНОГО ВИБОРУ ЕФЕКТИВНОГО КАРІЄСПРОФІЛАКТИЧНОГО ЗАСОБУ	
<b>Поліщук Т.В., Скрипников П.М., Кайдашев І.П.</b> .....	56

ДІАГНОСТИКА ДИСБІОЗУ ПРИ ХРОНІЧНОМУ КАТАРАЛЬНОМУ ГІНГІВІТІ МЕТОДОМ МУЛЬТИПЛЕКСНОЇ ПОЛІМЕРАЗНОЇ ЛАНЦЮГОВОЇ РЕАКЦІЇ З РЕЄСТРАЦІЄЮ ДАНИХ В РЕАЛЬНОМУ ЧАСІ

<b>Попович І.Ю., Гасюк Н.В.</b> .....	60
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РІЗНИХ СПОСОБІВ ПРЕПАРУВАННЯ ТА ОБТУРАЦІЇ КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ	
<b>Ступак О.П.</b> .....	63
КОРЕКЦІЯ САЛІВАЦІЇ У ХВОРИХ З КАНДИДОЗОМ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ТИПУ 1 – ОДНА З ОСНОВНИХ ЛАНОК ЯКІСНОГО РЕЗУЛЬТАТУ ЛІКУВАННЯ	
<b>Ткаченко П.І., Гуржій О.В., Доброскок В.О.</b> .....	67
КЛІНІКО-РЕНТГЕНОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ГОСТРОГО ОСТЕОМІЄЛІТУ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ У ДІТЕЙ ТА ЙОГО НАСЛІДКИ	
<b>Марченко А.В., Шиленко Д.Р., Дубина В.А., Давьіденко С.В., Писаренко Е.А.</b> .....	71
ТЕХНІКА КОМПЕНСАЦІЇ ЕФФЕКТА ПУРКИНЬЕ ПРИ РЕСТАВРАЦІЇ ЗУБОВ НАНОКОМПОЗИТНИМИ МАТЕРІАЛАМИ	
<b>Яценко О.І.</b> .....	75
СУБЪЕКТИВНЫЕ И ОБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЗНАКИ АСИММЕТРИИ ЛИЦА И ЗУБО-ЧЕЛЮСТНОГО КОМПЛЕКСА У ПАЦИЕНТОВ С ГЛУБОКИМ РЕЗЦОВЫМ ПЕРЕКРЫТИЕМ	

## **Клінічна медицина**

<b>Васякіна Л. О.</b> .....	80
ПАТОМОРФОЗ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ СТАНІВ У ХВОРИХ ПНЕВМОКОНІОЗОМ ПІД ВПЛИВОМ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ	
<b>Голованова І.А., Гапон В. О., Філатова В.Л.</b> .....	84
РОЛЬ СТУДЕНТСЬКОГО ТА МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ У ПРОФІЛАКТИЦІ ГРИПУ ТА ГРВІ СЕРЕД ПРАЦІВНИКІВ ПРОМИСЛОВИХ ПІДПРИЄМСТВ	
<b>Гринь К.В.</b> .....	86
ЗАЛЕЖНІСТЬ СИНДРОМАЛЬНОЇ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ РЕКУРЕНТНИХ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ ВІД ГЛИБИНИ ДЕПРЕСИВНОГО ЕПІЗОДУ	
<b>Должковий С.В.</b> .....	90
КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ПРОГНОЗУВАННЯ ГНІЙНО-СЕПТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ	
<b>Дудченко М.А., Третяк Н.Г., Новак О.В., Лаптева О.І., Петренко В.А.</b> .....	92
ЕФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕННЯ БОЛЕЗНЕЙ ХОЛЕДОХА У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	
<b>Ждан В.М., Ткаченко М.В., Гопко О.Ф.</b> .....	96
ПЛЕЙОТРОПНІ ЕФЕКТИ СТАТИНІВ: АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ З ОСТЕОАРТРИТОМ ТА МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ	
<b>Ждан В.М., Капустянська А.А., Капустянський Д.В.</b> .....	100
УДОСКОНАЛЕННЯ ДІАГНОСТИКИ ПОДАГРИЧНОГО АРТРИТУ У ХВОРИХ З ОЖИРІННЯМ	
<b>Іваницький І.В.</b> .....	103
ДІАГНОСТИКА ХВОРОБИ ГОФФА ЗА ДОПОМОГОЮ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ОБСТЕЖЕННЯ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ	
<b>Капустянський Д.В., Капустянська А.А., Лавренко Д.О.</b> .....	105
ВДОСКОНАЛЕННЯ ОБРОБКИ КУЛЬТІ ЧЕРВОПОДІБНОГО ВІДРОСТКА ПРИ ДЕСТРУКТИВНИХ КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНИХ ФОРМАХ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ.	
<b>Кінаш Ю.М., Несіна І.М., Шпехт Т.В., Коленко І.О.</b> .....	107
ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ФАКТОРІВ РИЗИКУ НА ФОРМУВАННЯ РЕЦИДИВУЮЧОГО БРОНХІТУ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ВІКУ	
<b>Кириченко Т.С., Коваль Т.І.</b> .....	111
ВПЛИВ ПОЛІМОРФІЗМУ TLR-4 НА КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ	
<b>Кудря І.П.</b> .....	114
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ВМІСТУ МАРКЕРІВ ЗАПАЛЕННЯ ТА ДОБОВИХ КОЛИВАНЬ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ В ПОЄДНАННІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ	
<b>Курило В. О.</b> .....	117
ПСИХОФЕНОМЕНОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЖІНОК ІЗ РОЗЛАДАМИ ОСОБИСТОСТІ І СІМЕЙНОЮ ДЕЗАДАПТАЦІЄЮ	
<b>Лавренко Д.О., Капустянський Д.В., Осіпов О.С., Кучеренко Д.О.</b> .....	122
МОНІТОРИНГ ПОКАЗНИКІВ ЦЕНТРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ У ХВОРИХ З ОЖИРІННЯМ	
<b>Малик С.В., Кучеренко Д.О., Лавренко Д.О.</b> .....	124
ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ДЕСТРУКТИВНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ ШЛЯХОМ ЗАСТОСУВАННЯ ЛАПАРОЛІФТИНГУ	
<b>Мохначёв А.В.</b> .....	128
ПОДАГРА, ГИПЕРУРИКЕМИЯ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ	
<b>Нурбоев Ф.Э., Сулейманов С.Ф., Садыкова С.Ш., Махмудов Б.Ф., Хикматов Ж.С., Мурадова Г.Я.</b> .....	132
ЭНДОГЕННАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОГО ХОЛЕСТАЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ В	
<b>Оганезян А. Г.</b> .....	134
ФЕРМЕНТАТИВНА АКТИВНІСТЬ ВМІСТУ ОБМЕЖЕНИХ РІДИННИХ СКУПЧЕНЬ ПРИ ТЯЖКОМУ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ ЯК КРИТЕРІЙ ДИНАМІКИ ЗАХВОРЮВАННЯ	
<b>Осіпов О.С., Малик С.В., Лавренко Д.О., Безручко М.В.</b> .....	137

УДК 616.72-002.78-056.5-07

**Ждан В.М., Капустянська А.А., Капустянський Д.В.**

### **УДОСКОНАЛЕННЯ ДІАГНОСТИКИ ПОДАГРИЧНОГО АРТРИТУ У ХВОРИХ З ОЖИРІННЯМ**

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

*В роботі встановлена патогенетична роль тестостерону в розвитку та прогресуванні подагричного артриту та ожиріння. Доведено, що загострення подагричного артриту супроводжується змінами рівня тестостерону, що залежить від ступеня ожиріння. Виявлено тісний зв'язок між концентрацією рівнів тестостерону і сечової кислоти, а також стадією хвороби. Показано, що ожиріння сприяє розвитку дегенеративних змін кістково-суглобового апарату з порушенням рухової функції. У свою чергу, подагричний артрит сприяє розвитку надлишкової маси тіла та ожиріння.*

**Ключові слова:** подагричний артрит, ожиріння, тестостерон.

Робота є фрагментом комплексної НДР «Експериментально-морфологічне вивчення кріоконсервованої плаценти на морфофункціональний

внутрішніх органів» № державної реєстрації 0108U001572.

Захворюваність на подагричний артрит невинно збільшується [1, 3, 7]. Поширеність подагричного артриту в окремих областях України досягла 400 і більше випадків на 100 тис. населення [3]. Подагричним артритом хворіють переважно чоловіки (до 95% випадків). Початок захворювання частіше припадає на вік від 40 до 50 років, але останнім часом усе частіше спостерігають випадки розвитку подагричного артриту в молодому віці (у 20 – 30 років) [6]. Подагричний артрит часто призводить до тимчасової і стійкої втрати працездатності, а також до обмеження професійної діяльності. Однак у перший рік захворювання правильно діагностується тільки у 10 – 15% хворих [1, 6]. Найбільш частим коморбідним станом при подагричному артриті є ожиріння [5].

За даними ВООЗ, ожиріння є епідемією XXI століття. Збільшення кількості хворих з ожирінням у більшості випадків пов'язане з нераціональним, незбалансованим харчуванням, малорушливим способом життя [8].

На даний час широко обговорюється проблема взаємозв'язку порушеного обміну пуринів з гормональним дисбалансом при чоловічій подагрі. У чоловіків з ожирінням рівень тестостерону на 10 – 15% нижчий, ніж у здорових осіб того ж віку [2, 4].

Отже, подагричний артрит, маючи хронічний перебіг, в поєднанні з ожирінням та андрогенним дисбалансом, обмежує працездатність та знижує якість життя чоловіків [8, 9].

#### **Мета дослідження**

Удосконалення діагностики подагричного артриту у хворих з ожирінням на підставі визначення особливостей перебігу поєднаної патології, стану пуринового, ліпідного обмінів, андрогенного дисбалансу

#### **Матеріали та методи дослідження**

Під спостереженням знаходилось 107 чоловіків, хворих на подагричний артрит з ожирінням.

Діагноз подагричного артриту встановлений згідно з критеріями, рекомендованими ВООЗ (2000 р.) та класифікаційними критеріями, реко-

мендованими Асоціацією ревматологів України (2004 р.). Ожиріння визначали згідно з рекомендаціями ВООЗ (1997 р.).

Вміст сечової кислоти, загального холестерину, рівень глюкози, тестостерону у плазмі крові всім хворим визначали за допомогою наборів реагентів складних діагностичних виробництва HUMAN (Germany) на автоматичних біохімічних аналізаторах «Super-Z» (Японія), «Сапфір-400» (Японія), Bio-Tek (США).

#### **Результати дослідження і їх обговорення**

Середній вік пацієнтів склав  $48,8 \pm 0,75$  року, від 32 до 73 років. Тривалість захворювання коливалася від 1-го до 10 років (у середньому  $6,0 \pm 0,66$  року).

Антропометричні вимірювання з наступним розрахунком ІМТ дозволили розділити всіх хворих таким чином: 14 (13,08%) хворих були з надмірною масою тіла (ІМТ від 25 до 29,99  $\text{кг}/\text{м}^2$ ); хворих з 1 ступенем ожиріння (ІМТ від 30 до 34,99  $\text{кг}/\text{м}^2$ ) – 52 (55,92%) хворих; 2 ступінь ожиріння (ІМТ від 35 до 39,99  $\text{кг}/\text{м}^2$ ) мали 27 (29,03%) пацієнтів; 3 ступінь ожиріння (ІМТ < 40  $\text{кг}/\text{м}^2$ ) – 14 (15,05%) пацієнтів. За співвідношенням окружності талії до окружності стегон переважав абдомінальний тип ожиріння.

За перебігом суглобового синдрому в 38 (35,5%) хворих діагностовано інтермітуючий артрит, та хронічний – у 69 (64,5%) хворих. Суглобовий синдром був основним проявом подагри.

У всіх хворих спостерігались ураження таких суглобових зон: першого плеснофалангового суглоба у 69 (64,6%) хворих, у 19 (17,77%) хворих – гомілковоступневого, у 11 (10,28%) хворих – колінного, у 8 (7,47%) хворих – променево-зап'ясткового. Переважав артрит першого плеснофалангового суглоба.

За перебігом захворювання хворих розподілили на групи: легкий перебіг (напади артриту 1 – 2 рази/рік, ураження не більше 2 суглобів, на рентгенограмі немає ознак суглобової деструкції, тофуси одиничні або відсутні, ураження нірок відсутні) спостерігався у 64 (59,81%) хворих на подагричний артрит з надмірною вагою та з ожирінням I ступеня; перебіг середньої тяжкості (напади артриту 3 – 5 разів/рік, ураження 2 – 4

суглобів, на рентгенограмі кісткова деструкція, тофуси множинні, сечокам'яна хвороба) – у 29 (27,1%) хворих з ожирінням I та II ступеня; тяжкий перебіг (напади артриту більше 5 разів на рік, множинне ураження суглобів, на рентгенограмі виражена кістково-суглобова деструкція, крупні множинні тофуси, виражена нефропатія) виявили у 14 (13,08%) хворих з ожирінням III ступеня. Переважали хворі з легким перебігом захворювання. Встановлено, що перебіг тяжкості подагричного артриту залежить від ступеня ожиріння ( $p < 0,05$ ). Визначено, що велике навантаження більшої маси тіла на кісткову систему сприяє виникненню дегенеративних змін, які погіршують рухову функцію. З іншого боку, захворювання опорно-рухового апарату, такі як подагричний артрит, сприяють виникненню надмірної ваги тіла та розвитку ожиріння внаслідок зменшення рухової діяльності.

Тофуси, як прояв тривалості захворювання, виявлені у 86 (80,37%) хворих з ожирінням. Периферичні тофуси виявлені у 69 (64,48%) хворих з ожирінням I та II ступеня, кісткові тофуси – у 17 (15,89%) хворих з ожирінням II та III ступеня, безтофусна подагра зафіксована у 21 (19,63%) хворого, 14 з яких мають лише надлишкову масу тіла. Наявність тофусів у хворих на подагричний артрит з ожирінням визначає тяжкість перебігу захворювання. Встановлено, що розвиток тофусів спостерігається частіше у хворих на подагричний артрит з ожирінням II та III ступеня. Розвиток кістково-суглобової деструкції залежить від ступеня ожиріння.

У хворих виявлені рентгенологічні зміни з боку суглобів: звуження суглобової щілини зафіксовано у 60 (56,07%) хворих з надлишковою масою тіла та з ожирінням I ступеня, зміни хряща – у 25 (23,36%) хворих з ожирінням I та II ступеня, остеокістоз – у 10 (9,36%) хворих з ожирінням II та III ступеня, узурації поверхонь кісток – у 5 (4,67%) хворих з ожирінням III ступеня, навколосуглобовий остеопороз – у 3 (2,80%) хворих з ожирінням III ступеня, кальцифікація – у 2 (1,87%) хворих з ожирінням III ступеня, остеоліз – у 2 (1,87%) хворих з ожирінням III ступеня. Наявність дрібного і крупного остеокістозу у хворих на подагричний артрит з ожирінням вказує на

патогенетичну роль загальних обмінних порушень у розвитку кісткової деструкції.

Серед коморбідних станів виявлено: гіперліпідемію – у 95 (88,78%) хворих з ожирінням I, II та III ступеня; артеріальну гіпертензію – у 87 (81,3%) хворих з ожирінням II та III ступеня, ЦД 2 типу – у 23 (21,49%) хворих з ожирінням II ступеня. При цьому показники систолічного та діастолічного артеріального тиску у всіх хворих мало різнилися між собою. Наявна пряма кореляція між показником індексу маси тіла і показниками середнього артеріального тиску ( $r=0,51$ ,  $p < 0,05$ ).

У хворих на подагричний артрит з ожирінням виявили підвищення рівнів швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ) ( $35,5 \pm 1,2$ ) та С-реактивного білка (СРБ) ( $13,0 \pm 1,2$ ). Встановлено, що при подагричному артриті у хворих з ожирінням запальний процес не обмежується лише локальними змінами в суглобах, але й викликає відповідну реакцію всього організму.

Майже у 90% обстежуваних хворих нами виявлено дисліпопротеїнемію у вигляді підвищення рівня загального холестерину (ХС) ( $5,92 \pm 0,26$ ), ХС ліпопротеїнів низької щільності (ЛПНЦ) ( $6,30 \pm 0,17$ ), особливо тригліцеридів ( $2,57 \pm 0,16$ ) та незначне зниження рівня ХС ЛПВЩ ( $1,01 \pm 0,03$ ). Встановлено взаємозв'язок стану ліпідного обміну та порушення метаболізму пуринів.

У всіх чоловіків з ожирінням спостерігається зниження рівня тестостерону (ТС). Це підтверджує важливість визначення рівня тестостерону для хворих на подагричний артрит з ожирінням. Так, зниження рівня тестостерону, особливо за наявності ожиріння II та III ступеня, характеризується максимальною гіперурикемією, підтверджуючи дані про зв'язок абдомінального ожиріння з рівнем тестостерону у хворих на подагричний артрит (табл. 1).

На гіперурикемію впливають перебіг подагричного артриту, форма артриту та наявність периферичних тофусів. У свою чергу, рівні урикемії та тестостерону впливають на вираженість ожиріння у хворих на подагричний артрит. Тяжкість ожиріння прямо залежить від показників тестостеронемії.

Таблиця 1  
Порівняльна характеристика показників рівнів сечової кислоти і тестостерону в залежності від ІМТ хворих на подагричний артрит з ожирінням

Показник	ІМТ від 25 до 29,99 кг/м <sup>2</sup> (n=14)	ІМТ від 30 до 34,99 кг/м <sup>2</sup> (n=52)	ІМТ від 35 до 39,99 кг/м <sup>2</sup> (n=27)	ІМТ >40 кг/м <sup>2</sup> (n=14)
СК, ммоль/л	487±6,41 (313; 770)*	483±5,73 (354; 611)*	490±6,12 (333; 641)*	562±5,63 (378; 768)*
ТС, нмоль/л	11±0,47 (9,7; 12,1)*	10±0,39 (9,2; 11,1)*	9±0,33 (8,7; 10,9)*	8,3±0,37 (8,1; 8,5)*

Примітка: \* – значення різниць ( $p < 0,05$ ) між групами

Встановлений взаємозв'язок між рівнем СК та ОТ ( $r=0,86$ ,  $p < 0,05$ ), САТ та ДАТ ( $r=0,81$ ,  $p < 0,05$  та  $r=0,42$ ,  $p < 0,05$  відповідно), рівнем ТГ ( $r=0,43$ ,  $p < 0,05$ ), ЛПВЩ ( $r=-0,35$ ,  $p < 0,05$ ), а також глюкози

у хворих з гіперглікемією ( $r=0,68$ ,  $p < 0,05$ ).

Подагричний артрит у хворих з ожирінням асоціюється з високим рівнем сечової кислоти та низьким рівнем тестостерону. Підтверджена

зворотна кореляція між рівнями тестостерону та сечової кислоти ( $r=-0,82$ ,  $p<0,05$ ). Також під час аналізу андрогенного дисбалансу у хворих з ожирінням, встановлено достовірний кореляційний зв'язок між рівнем ТС та ІМТ ( $r=0,56$ ,  $p<0,05$ ), ОС ( $r=0,58$ ,  $p<0,05$ ). Розвиток ожиріння у хворих на подагричний артрит впливає на зниження рівня тестостерону в крові. Андрійдний тип ожиріння частіше поєднується з такими захворюваннями, як ЦД 2 типу, артеріальна гіпертензія та дисліпідемія. Достовірно виявлено, що рівень ТС корелює з ЗХ ( $r=0,57$ ,  $p<0,05$ ), глюкозою ( $r=0,41$ ,  $p<0,05$ ). Рівень тестостерону залежить від віку хворого ( $r=0,80$ ,  $p<0,05$ ). Рівень тестостерону корелює з тривалістю загострення подагричного артриту ( $r=0,49$ ,  $p<0,05$ ).

### Висновки

Знижений рівень сироваткового тестостерону є одним із діагностичних критеріїв тяжкості подагричного артриту у хворих з ожирінням. У хворих чоловіків на подагричний артрит з ожирінням рекомендовано визначення рівня тестостерону для раннього виявлення андрогенного дисбалансу.

### Перспективи подальших досліджень

В діагностиці поєднаних захворювань подаг-

ричного артриту з ожирінням залишаються невирішені питання, які потребують подальшого вивчення та обґрунтування.

### Література

1. Барскова В.Г. Диагностика подагрического артрита / В.Г. Барскова // Русский медицинский журнал. – 2011. – Т. 19. – №10. – С. 614-617.
2. Більченко О.В. Эректильная дисфункция как кардиологическая проблема / О.В. Більченко // Здоров'я України. – 2011. – № 2. – С. 48-49.
3. 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.
4. Верткин А.Л. Поднимем мужской вопрос: снова обсуждаем эректильную функцию / А.Л.Верткин, А.А.Водолазская, Е.К.Кривцова / Consilium Medicum. – 2010. – Т. 12, №7. – С. 67-69.
5. Казимирко В.К. Ревматология / В.К. Казимирко, В.М. Коваленко. – Донецк : Заславский А.Ю., 2009. – 443 с.
6. Насонов Е.Л. Современные технологии и перспективы лабораторной диагностики ревматических заболеваний / Е.Л. Насонов, Е.Н. Александрова // Терапевтический архив. – 2010. - №5. – С.5-8.
7. Передерій В.Г. Основи внутрішньої медицини / В.Г. Передерій, С.М. Ткач. – Вінниця : Нова книга, 2010. – Т. 3. – 1004 с.
8. Синяченко О.В. Діагностика, перебіг та лікування метаболічного синдрому у хворих на подагру / О.В. Синяченко, Г.А. Ігнатенко, В.М. Петрова // Укр. Ревматолог. Журнал. – 2007. – №2(28). – С. 59-63.
9. 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

#### УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

Ждан В.Н., Капустянская А.А., Капустянский Д.В.

Ключевые слова: подагрический артрит, ожирение, тестостерон.

В работе установлена патогенетическая роль тестостерона в развитии и прогрессировании подагрического артрита и ожирения. Доказано, что обострение подагрического артрита сопровождается изменениями уровня тестостерона, что зависит от степени ожирения. Выявлена тесная связь между концентрацией уровней тестостерона и мочевой кислоты, а также стадией болезни. Показано, что ожирение способствует развитию дегенеративных изменений костно-суставного аппарата с нарушением двигательной функции. В свою очередь, подагрический артрит способствует развитию избыточной массы тела и ожирению.

### Summary

#### IMPROVEMENT OF DIAGNOSIS FOR GOUTY ARTHRITIS IN OBESE PATIENTS

Zhdan V.N., Kapustyanska A.A., Kapustyansky D.V.

Key words: gouty arthritis, obesity, testosterone.

There has been established pathogenetic role of testosterone in the development and progression of gouty arthritis and obesity. It has been proven the exacerbation of gouty arthritis is accompanied with changes in testosterone levels depending on the severity of obesity. We have found out strong correlation between the concentration of testosterone and uric acid, as well as the stage of the disease. It has been shown that obesity contributes to the development of degenerative changes in osteo-articular apparatus affecting locomotor function. In turn, gouty arthritis promotes the development of overweight and obesity.