

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»

БУКОВИНСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ВІСНИК

Український науково-практичний журнал

Заснований у лютому 1997 року

Видається 4 рази на рік

*Включений до UlrichswebTM Global Serials Directory,
наукометричної бази Google Scholar та до бази даних
Всеросійського інституту наукової і технічної інформації
Російської академії наук*

ТОМ 19, № 3 (75)

2015

Редакційна колегія:

головний редактор Т.М. Бойчук,

Л.О. Безруков, О.І. Волошин, І.І. Заморський,

О.І. Івашук (заступник редактора), Т.О. Ілашук, А.Г. Іфтодій,

І.Ф. Мещишен, В.П. Польовий, Р.В. Сенютович, І.Й. Сидорчук,

В.К. Ташук (відповідальний секретар), С.С. Ткачук,

О.І. Федів (відповідальний секретар), Г.І. Ходоровський

Наукові рецензенти:

проф. Т.О. Ілашук, проф. В.П. Польовий, проф. І.Й. Сидорчук

Чернівці: БДМУ, 2015

Редакційна рада:

К.М. Амосова (Київ), В.В. Бойко (Харків), А.І. Гоженко (Одеса),
Г.В. Дзяк (Дніпропетровськ), В.М. Єльський (Донецьк),
В.М. Запорожан (Одеса), В.М. Коваленко (Київ),
І.Р. Кулмагамбетов (Караганда), З.М. Митник (Київ),
В.І. Паньків (Київ), В.П. Черних (Харків),
Герхард Дамман (Швейцарія)

Рекомендовано до друку та до поширення через мережу Інтернет
рішенням вченої ради Вищого державного навчального закладу України

«Буковинський державний медичний університет»

(протокол № 1 від 27 серпня 2015 року)

Буковинський медичний вісник
(Бук. мед. вісник) –
науково-практичний журнал,
що рецензується
Bukovinian Medical Herald
(Buk. Med. Herald)

Заснований у лютому 1997 р.
Видається 4 рази на рік

Founded in February, 1997
Published four times annually

Мова видання: українська,
російська, англійська

Сфера розповсюдження
загальнодержавна, зарубіжна

Свідоцтво про державну
реєстрацію:
серія КВ №15684-4156 ПР
від 21.09.2009

Наказом
Міністерства освіти і науки України
від 06 листопада 2014 року № 1279
журнал

“Буковинський медичний вісник”
включено до
Переліку наукових фахових
видань України

Адреса редакції: 58002, Чернівці,
пл. Театральна, 2
Тел.: (0372) 55-37-54,
52-40-78

Факс: (0372) 55-37-54
e-mail: bmv@bsmu.edu.ua

Адреса електронної версії
журналу в Internet:
<http://www.bsmu.edu.ua>

Секретар редакції
І.І. Павлуник
Тел.: (0372) 52-40-78

Випадки з практики

УДК 616-008.9:616.24-008.444

Р.П. Ляшук¹, П.М. Ляшук¹, С.В. Глуговська²

КОМОРБІДНІСТЬ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ І СИНДРОМУ АПНОЕ УВІ СНІ

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці¹,
Чернівецький обласний ендокринологічний центр²

Резюме. У статті розглянуті сучасні критерії діагностики метаболічного синдрому і синдрому апное уві сні, дано поняття про ко- і поліморбідну патологію.

Наведено випадок коморбідності згаданих синдромів та їх лікування (власне спостереження).

Ключові слова: метаболічний синдром, коморбідність, синдром апное уві сні, профілактика, лікування.

Останнім часом у науковій літературі продовжуються активне обговорення проблеми поєднаної патології. У вітчизняній літературі для визначення стану, що характеризується наявністю декількох захворювань, використовують терміни «поєднана», «поліорганна» або «комбінована» патологія, «супутні» або «асоційовані» захворювання та стани [1, 2, 3]. В англomовній науковій літературі частіше застосовують терміни «коморбідність (comorbidity)» для визначення одночасного ураження двох органів, систем організму або наявності двох захворювань, і «поліморбідність (multimorbidity)» за наявності ≥ 3 захворювань [4, 5].

Терміном метаболічний синдром (МС) називають комплекс клінічних та метаболічних порушень, котрі є чинниками підвищеного кардіоваскулярного ризику. До діагностичних критеріїв МС, згідно з рекомендаціями Adult Treatment Panel III, які виявилися найбільш раціональними і вигідними для практикуючих лікарів, відносяться [6]:

- абдомінальне (центральне) ожиріння (окружність талії більше 102 см у чоловіків та більше 88 см у жінок);
- підвищений артеріальний тиск (більше або дорівнює 130/85 мм рт.ст.);
- рівень глюкози в плазмі крові натще (більше 6,1 ммоль/л);
- підвищення рівня тригліцеридів (більше 1,7 ммоль/л);
- зниження рівня холестерину ліпопротеїдів високої щільності (менше 1,0 ммоль/л у чоловіків і менше 1,3 ммоль/л у жінок).

Для діагностики МС необхідна наявність як мінімум трьох із вище перелічених ознак [6]. Діагноз МС у МКХ – 10 відсутній. Окремо рубриковані артеріальна гіпертензія, ожиріння, цукровий діабет, різні типи дисліпідемії. Саме вони мають бути зазначені в діагнозі. МС в історії хвороби задувати не слід.

У 1998 році МС був об'єднаний із синдромом апное уві сні (САС) у синдром Z [7]. Кожна п'ята людина після 30 років хропить уві сні. Ві-

домо, що сильний храп може бути передвісником, одним із проявів та епідеміологічним маркером САС [8,9]. Терміном САС визначають епізоди повного припинення дихання уві сні тривалістю 10 с і більше. Якщо такі епізоди повторюються багаторазово (5-6 разів і більше) протягом години сну і супроводжуються деякими іншими симптомами, діагностують САС [8].

Коморбідність МС із САС взаємно обтяжує перебіг цих захворювань. Під нашим спостереженням знаходиться хворий Н., 59 років, тракторист, у березні 2013 року був доставлений до реанімаційного відділення лікарні швидкої медичної допомоги м. Чернівці. Зі слів дружини, хворий протягом 8-10 років хропить уві сні. Впродовж останніх двох місяців на тлі сильного храпу виникли епізоди зупинки дихання серед ночі, тривалістю 5-7 с, наприкінці яких настає глибоке дихання, з'являється синюшність обличчя, тіло вкривається липким потом. Після обертання дружиною його на бік, він заспокоювався. Це повторювалося кілька разів за ніч. Вранці скаржився на головний біль, бував сонливим, дратівливим. Напередодні госпіталізації, після вживання алкоголю, напади зупинки дихання повторювалися кожні 10-15 хв. У лікарні пацієнт засинав у напівсидячому положенні. Проведена штучна вентиляція легень. У зв'язку з підозрою на цукровий діабет пацієнт переведений до обласного ендокринологічного центру.

Об'єктивно. Зріст 170 см, маса тіла 102 кг, ІМТ – 35,1 кг/м², окружність талії – 110 см. Серцева діяльність ритмічна, 76/хв. Межі серцевої тупості розширені в поперечнику, тони ослаблені, акцент II тону над аортою. АТ – 170-155/100-90 мм рт. ст. Щитоподібна залоза не збільшена. Печінка не пальпується.

ЕКГ: ритм синусовий, ЧСС – 74/хв, ознаки гіпертрофії лівого шлуночка серця з перезавантаженням. Електроенцефалографія: помірні зміни біоелектричної активності мозку.

Консультації: ЛОР-лікаря – хронічний фарингіт; офтальмолога (очне дно) – ретинопатія змішаного генезу (атеросклеротична, діабетична).

Лабораторні дослідження. Клінічні аналізи крові та сечі без змін. Глюкоза крові – 9,2 – 11,5 ммоль/л, сечі – 1,2 ммоль/л, С-пептид крові – 3,2 нг/мл (норма 0,5 – 3,2), холестерин ліпопротеїди високої щільності – 0,8 ммоль/л (норма 1,0-1,89), тригліцериди – 2,4 ммоль/л (у нормі нижче 1,7).

Діагноз: цукровий діабет типу 2 середньої тяжкості, артеріальна гіпертензія; ожиріння II ступеня, атерогенна дисліпідемія; синдром апное уві сні.

Пацієнт додержується дієти типу №9 із щотижневими розвантажувальними днями, збільшив фізичні навантаження (на роботу ходить пішки), отримує метформін (500 мг 2 рази/добу), гіпотензивні засоби (арифон – 1 табл. вранці, енап – 10 мг на ніч). За шість місяців схуд на 15 кг. У положенні на боці не хропить, епізоди апное уві сні рідкісні. Отже, лікування МС суттєво вплинуло на клінічні прояви САС.

Слід зазначити, що хоча діагноз САС, на відміну від МС, внесено у МКХ – 10, він у 80 % пацієнтів залишається не виявленим. «Золотим стандартом» діагностики САС нині вважається полісомнографія – лабораторне обстеження, коли під час сну пацієнта фіксуються (у динаміці) дані електроенцефалограми, електроокулограми, електроміограми підборіддя, електрокардіограми, повітряний дихальний потік (назальний/ротовий), торакоабдомінальні рухи, положення тіла, капнометрія, а також пульсоксиметрія. Така лабораторія сну існує в ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г.Яновського НАМНУ» [9].

Для профілактики САС хворим зі звичним храпом рекомендується спати тільки на боці, забезпечити підняте положення голови, не зловживати заспокійливими та снодійними препаратами, обмежити прийом алкогольних напоїв, кинути курити, схуднути, забезпечити вільне носове дихання, за необхідності, можна використати назальний спреї «Асонар» [10]. Американська компанія «Somnum Medical Technologic» впроваджує лікування храпунів радіохвилями особливої частоти, які руйнують тканини, що перекривають дихальні шляхи [11]. Найбільш поширеним методом лікування тяжких форм САС є CPAP (Constrict Positive Airway Pressure), за допомогою

якого дихальні шляхи «роздувають» під час сну. Лікування відбувається за допомогою невеликого компресора, який подає в дихальні шляхи постійний потік повітря через трубку в носову порожнину. Це забезпечує нормальний сон і покращує якість життя пацієнтів [8-11].

Висновки

Комплексне лікування метаболічного синдрому сприяло усуненню клінічних проявів синдрому апное уві сні.

2. Штучна вентиляція легень може бути застосована як невідкладна допомога у випадках затяжного синдрому апное уві сні.

Література

1. Белялов Ф.И. Лечение внутренних болезней в условиях коморбидности / Ф.И. Белялов // РИО ИГМАПО. – Иркутск, 2012. – С. 283.
2. Гуменюк А.Ф. Аспекти раціонального лікування серцево-судинних хворих з поліморбідними ураженнями / А.Ф. Гуменюк // Укр. мед. часопис. – 2009. – № 5 (73). – С. 25-32.
3. Коломоєць М.Ю. Коморбідність і поліморбідність у терапевтичній практиці / М.Ю. Коломоєць, О.О. Вишняк // Укр.мед. часопис. – 2012. – № 5 (91). – С. 141-143.
4. Campbell-Scherer D. Multimorbidity: a challenge for evidence-based medicine / D. Campbell-Scherer // Evid. Based Med. – 2010. – Vol. 15 (6). – P. 165-166.
5. Comorbid chronic diseases, discordant impact on mortality in older people: a 14-year longitudinal population study / G.E. Caughey, E.N. Ramsay, A.I. Vitry [et al.] // J. Epidemiol. Community Health. – 2010. – Vol. 64 (12). – P. 1036-1042.
6. Маньковский Б.Н. Сахарный диабет 2-го типа и метаболической синдром / Б.Н. Маньковский // Здоров'я України. – 2014. – № 10 (335). – С. 29.
7. Свиричев Ю.В. Синдром обструктивного апное во сне у больных с артериальной гипертензией и ожирением / Ю.В. Свиричев // Міжнар. ендокринол. ж. – 2010. – № 2 (26). – С. 8-16.
8. Писарук А.В. Синдром обструктивного апное во сне : клинические аспекты / А.В. Писарук, Н.Д. Чеботарев // «Therapia». – 2006. – № 2. – С. 42-46.
9. Яшина Л.А. Синдром нічного апное / Л.А. Яшина // Ваше здоров'я. – 2014 – № 26-27. – С. 22.
10. Бузунов Р.В. Храп и синдром обструктивного апное сна / Р.В. Бузунов // Укр. терапевт. ж. – 2008. – № 4. – С. 88-91.
11. Бабак С.Л. Обструктивное апное сна / С.Л. Бабак // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. – 2008. – № 3. – С. 3-8.

КОМОРИДНОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И СИНДРОМА АПНОЭ ВО СНЕ

Р.П. Ляшук, П.М. Ляшук, С.В. Глужовская

Резюме. В статье рассмотрены современные критерии диагностики метаболического синдрома и синдрома апноэ во сне, дано понятие про ко- и полиморбидную патологию. Приведен случай коморбидности упомянутых синдромов и их лечение (собственное наблюдение).

Ключевые слова: метаболический синдром, коморбидность, синдром апноэ во сне, профилактика, лечение.

COMORBIDITY OF METABOLIC SYNDROME AND SLEEP APNEA

R.P. Liashuk, P.M. Liashuk, S.V. Hluhovska

Abstract. The article describes modern diagnostic criteria for the metabolic syndrome and sleep apnea, gives a concept about co- and polymorbidity pathology. We described a case of comorbidity of above mentioned syndromes and their treatment (own observation).

Key words: metabolic syndrome, comorbidity, sleep apnea syndrome, prevention, treatment.

Higher State Educational Institution of Ukraine «Bukovinian State Medical University» (Chernivtsi)¹
Chernivtsi regional endocrinology center²

Рецензент – проф. О.І. Волопин

Buk. Med. Herald. – 2015. – Vol. 19, № 3 (75). – P. 273-275

Надійшла до редакції 14.05.2015 року

© Р.П. Ляшук, П.М. Ляшук, С.В. Глуговська, 2015

УДК 616.858-008.6-079.4

Е.А. Труфанов¹, Н.К. Свиридова¹, А.И. Галуша², Н.В. Нечкалюк²,
Н.Г. Чуприна¹, А.А. Федаш-Кирсанов²

ПЕРВЫЙ ОПИСАННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
ХОРЕИ-АКАНТОЦИТОЗА В УКРАИНЕ

¹Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев

²Киевская областная клиническая больница

Резюме. В статье приводится подробное описание клинического случая хореи-акантоцитоза, диагностированного на базе неврологического отделения № 1 Киевской областной клинической больницы.

Хорея-акантоцитоз – редкое аутосомно-рецессивное наследственное прогрессирующее неврологическое заболевание, проявляющееся гиперкинезами (хорея и дистония), психическими расстройствами и наличием акантоцитов (эритроцитов с пикообразными выпячиваниями). Иногда в клинической картине при-

сутствуют паркинсонизм, эпилептические приступы, нерезкие нейропатические и миопатические расстройства, а также кардиомиопатия [2, 4]. Заболевание неуклонно прогрессирует и в конечном итоге приводит к летальному исходу. Лечение ограничивается симптоматической терапией [2, 3, 4].

Ключевые слова: хорея-акантоцитоз, нейроакантоцитоз.

Введение. Хорея проявляется неконтролируемыми, насильственными, беспорядочными, нерегулярными, чрезмерными движениями, сходными с нормальными мимическими движениями и жестами, но различными с ними по амплитуде и интенсивности [5, 6].

Дифференциальный диагноз хореи [5, 6]

- Наследственные / дегенеративные заболевания (болезнь Гентингтона, болезнь Фара (кальцификация базальных ганглиев), нейроакантоцитоз, доброкачественная наследственная хорея, синдром Ретта, болезнь Галлервордена-Шпаца, атаксия-телеангиэктазия);
- Хореический гиперкинез при ДЦП или перинатальной патологии;
- Хореический гиперкинез при метаболических нарушениях (болезнь Вильсона, дефицит витамина Е, гипогликемия, гипергликемия, ги-

пернатриемия, гипомagnesия, гипокальциемия, гипопаратиреоидизм, гипертиреозидизм, митохондриальные заболевания, метахроматические лейкодистрофии, некототическая гиперглицинемия);

- Иммуно-опосредованная хорея (малая хорея, хорея беременных и др.);
- Сосудистая хорея (инсульты в области базальных ганглиев, церебральный васкулит);
- Лекарственно-индуцированная хорея (нейролептики, противопаркинсонические препараты, противоэпилептические препараты, марганец, бензодиазепины, трициклические антидепрессанты, контрацептивы, блокаторы кальциевых каналов, антигистамины, клофелин, общая анестезия);
- Пароксизмальная хорея;
- Хорея при мальформациях головного мозга (агенезия corpus callosum и др.).