

Наукові огляди

УДК 616.72-002.2-06-053

Л.О. Волошина

КОМОРБІДНІСТЬ ТА ПОЛІМОРБІДНІСТЬ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗІ: ВІКОВІ ТА ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ (РЕТРОСПЕКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Резюме. У статті наведено результати ретроспективного дослідження оцінки практичними лікарями спеціалізованого ревматологічного стаціонару супутніх захворювань у хворих на остеоартроз крізь призму відомостей літератури про вагомість вивчення коморбідності та поліморбідності. Встановлено, що при дотриманні лікувальної тактики щодо основних регламентуючих документів МОЗ України відносно остеоартрозу

та супутніх уражень серцево-судинної системи на теперішньому етапі недостатньою є увага до оцінки коморбідності як факторів підвищених васкулярних і гастроінтестинальних ризиків.

Ключові слова: остеоартроз, поліморбідність, коморбідність, вік, гендерні аспекти.

Вступ. Остеоартроз (ОА) є одним із найбільш поширених вік-залежних захворювань, яке діагностується в 15 % населення світу та в 65 % припадає на вік старше 60 років [6, 7, 13, 17]. Розширення діагностичних можливостей у медицині в більшості клінічних випадків сприяє ранньому виявленню у хворих супутньої патології та вимагає доцільності комплексного підходу до встановлених патологічних станів, хвороб. Загальновищаним є очікування гіршого прогнозу як у плані життя, так і за тяжкістю діагностування та лікування хворого будь-якої патології на тлі одночасного перебігу декількох захворювань [1, 2, 4, 12].

Лікарі сімейної практики та багатопрофільних стаціонарів все частіше зустрічаються з проблемою коморбідності, проте не звертають достатньої уваги на існування сукупних взаємозалежних захворювань у пацієнта, що у свою чергу призводить до гірших результатів лікування, збільшення ризику та ймовірності ускладнень, сприяє нестійкості досягнутого терапевтичного ефекту, погіршує віддалені результати лікування [20, 23, 28, 30].

Незважаючи на те, що в теперішній час відсутня загальноприйнята дефініція коморбідності, в останні роки уточнюються та розмежовуються поняття «коморбідність» та «поліморбідність» чи «мультиморбідність», в основі чого закладено відповідність чи невідповідність спільним патогенетичним механізмам розвитку виявлених патологічних станів [8, 10, 21, 22]. За нинішніх умов в Україні не завжди вдається здійснити необхідні дослідження для виявлення спільних ланок патогенезу окремих захворювань із спектра поліморбідності. Звідси народився афоризм: немає здорових людей – є недообстежені.

Проблемою впливу коморбідності на клінічний перебіг основного соматичного захворювання, ефективності медикаментозної терапії, ближній та віддалений прогнози хворих займалися

клініцисти та вчені різних медичних спеціальностей у багатьох країнах світу [9, 11, 16, 23]. В останні роки встановлено, що наявність одночасно декількох захворювань є скоріше правилом, ніж виключенням. Профілактика та лікування коморбідних хронічних захворювань визнана Всесвітньою організацією охорони здоров'я як пріоритетний проект другого десятиріччя ХХІ століття, направлений на покращання якості життя населення планети [14, 18, 25, 26]. Цим зумовлена повсюдна тенденція до проведення великомасштабних епідеміологічних досліджень у різних галузях медицини, які виконуються із застосуванням серйозних статистичних розрахунків [27, 29, 30]. У більшості проведених рандомізованих клінічних досліджень автори включають пацієнтів з окремою «рафінованою» патологією, роблячи коморбідність критерієм виключення. Саме тому дослідження, присвячені оцінці поєднання тих чи інших окремо взятих захворювань, важко віднести до робіт, які вивчають коморбідність в цілому. Відсутність єдиного комплексного наукового підходу до оцінки коморбідності спричиняє методичні прогалини в клінічній практиці. Непоміченою не може залишитися відсутність оцінки коморбідності в систематичі захворювань, представлений Міжнародною класифікацією хвороб Х перегляду [3, 5]. За висновками провідних науковців із дослідження проблеми коморбідності на теперішньому етапі внутрішньої медицини немає розробок на засадах доказової медицини щодо комплексного лікування коморбідних хворих, включаючи ОА [8, 10, 14, 15].

Найбільш повно терміну «коморбідність» відповідає поняття спільності чогось, особливо за патогенетичними ланками, анатомо-фізіологічними особливостями, як нейроендокринні регуляторні ланки, оксидативний, нїтрозитивний стреси при різних захворюваннях тощо (якісна характеристика).

Поліморбідність (грец. «poly» - множинний, і лат. «morbus» - хвороба) – явище наявності декількох захворювань у одного пацієнта (кількісна характеристика). Кількість захворювань збільшується з віком, причому після 20-річного віку середньостатистично кожний наступний десяток років збільшує коморбідність на 10 %. Зростаючи з віком кількість супутніх захворювань, несприятливо впливає на характер перебігу патології, прискорює проведення лікувальних заходів, формує новий комплекс протипоказань, ускладнює перебіг післяопераційних періодів, поглиблює тяжкість стану та погіршує прогноз хворого.

Явища коморбідності можуть бути клінічно явними, наприклад, як ІХС та гіпертонічна хвороба, менш явними, ніж висока частота поєднання патологічних процесів у гастроуденальній та гепатобіліарній системах (гастроуденіти, холециститу) та уточненими за сучасних методів дослідження й діагностики спільних скритих ланок, наприклад, метаболічних порушень при метаболічному синдромі, що зумовлює появу ІХС, гіпертонічної, жовчокам'яної хвороб, цукрового діабету, подагри, остеоартрозу тощо.

За даними світових великомасштабних досліджень продемонстровано, що в половини хворих на артрит є артеріальна гіпертензія, 20 % – серцево-судинні захворювання, 14 % – цукровий діабет 2-го типу [6, 9, 19, 24]. А в дослідженні хворих на бронхіальну астму із супутньої патології виявили більше ніж у 60 % артрит, 20 % – серцево-судинні захворювання (ССЗ), 16 % – цукровий діабет 2-го типу [9]. Згідно з повідомленнями іноземних учених, розповсюдженість коморбідності становить від 69% в осіб молодого віку, до 93 % у пацієнтів середнього віку і до 98 % – у людей старшої вікової групи [29, 30]. За даними одних авторів, кількість хронічних захворювань коливається від 2,8 у молодих пацієнтів до 6,4 – у пацієнтів старшого віку [19], в інших джерелах вказується, що коморбідність зростає з 10% у віці до 19 років до 80 % в осіб 80 років та старше [22].

Сьогодні розрізняють наступні види коморбідності: *ускладнену*, яка є результатом основного захворювання і проявляється послідовно через певний час дестабілізації у вигляді ураження органів-мішеней; *ятрогенну*, що проявляється у випадку негативної дії лікаря на пацієнта за умови заздалегідь встановленої небезпеки певної медичної процедури; *неуточнену*, що припускає (передбачає) наявність єдиних патогенетичних механізмів розвитку захворювань, які складають дану комбінацію; *випадкову*, що відображає початкову нелогічність поєднання захворювань [2, 11].

Вплив коморбідної патології на клінічні прояви, діагностику, прогноз та лікування багатьох захворювань багатогранний та індивідуальний. Доведено, що взаємовплив захворювань, віку та медикаментозного патоморфозу значно змінює клінічну картину та перебіг основної нозології, характер та тяжкість ускладнень, погіршує якість життя хворого, обмежує або ускладнює лікуваль-

но-діагностичний процес, сприяє збільшенню ліжко-дня, інвалідизацію, перешкоджає проведенню реабілітації, впливає на прогноз для життя, збільшує ймовірність летальності [1, 22].

Не слід забувати, що коморбідність призводить до поліпрагмазії з усіма її негативними наслідками, у тому числі знижуючи комплайєнс хворих, збільшуючи кількість проявів побічних ефектів ліків та вимагаючи чіткого дотримання правил раціональної фармакотерапії.

Вищезазначене спонукало до проведення нашого дослідження.

Мета дослідження. Дослідити вікові та гендерні особливості формування поліморбідності та коморбідності у хворих на остеоартроз I-II стадії, ревматологічного стаціонару та лікувально-профілактичної тактики лікарів в аспекті коморбідності.

Матеріал і методи. Проведено ретроспективний аналіз 594 медичних карт стаціонарного хворого пацієнтів із остеоартрозом, серед яких переважали хворі з II стадією захворювання (501 особа – 84,34 %), що лікувалися в Чернівецькій обласній клінічній лікарні в ревматологічному відділенні впродовж 5 років (2009-2014 рр).

Результати дослідження та їх обговорення. Співвідношення жінок до чоловіків склало 8,4:1,6, а віковий діапазон коливався від 43 до 73 років, середній вік хворих 58,2±6,1. Закономірним було значне переважання жінок віком до 60 років (440 осіб – 74,07 %), що збігалось з пре-, клімактеричним та постменопаузальними періодами. Проте після 60 років ця диспропорція мала тенденцію до вирівнювання. При аналізі форм остеоартрозу виявлено переважання вузликової форми в жінок – у 285 осіб (47,98 %) спостерігалися вузлики Гебердена та рідше Бушара, термін формування яких припадав на гормональну перебудову організму (40-55 років).

Ранній розвиток остеоартрозу колінних суглобів частіше спостерігався в пацієнтів із надлишковою масою тіла чи різними ступенями ожиріння (зафіксовано лише в 52 осіб – 8,75 %). Виявлено також пряму залежність від особливостей професії, що потребували переважачого навантаження на опорні суглоби: тривалого стояння, піднімання та перенесення вантажів, швидкого пересування, тривалого незручного положення ніг та тіла, незручного взуття тощо. При вираховуванні індексу маси тіла в цих же хворих відсоток мав значно вищі показники: до 24,9 кг/м² – 24 особи (4,04 %), від 25,0 до 29,9 кг/м² – 58 осіб (9,76 %), від 30,0 до 34,9 кг/м² – 324 особи (54,55 %), від 35,0 до 39,9 кг/м² – 176 пацієнтів (29,63 %), більше 40,0 кг/м² – 12 осіб (2,02 %), що свідчить про недооцінку поширеності ожиріння, як коморбідного стану. Зростання індексу маси тіла посилювало клінічні прояви остеоартрозу, збільшувало тривалість перебування хворого в стаціонарі, погіршувало результати лікування: анамнестично встановлено частіші помірних явищ загострення, купіруваних в амбулатор-

Таблиця 1

Частота супутніх та коморбідних патологічних процесів у хворих на остеоартроз (n, %)

Назва захворювання	Кількість хворих	Відсоток
Ішемічна хвороба серця	433	72,89
Артеріальна гіпертензія	233	39,22
Остеохондроз, радикулопатії	138	23,23
Некалькульозний холецистит	69	11,62
Жовчокам'яна хвороба	27	4,55
Хронічний панкреатит	65	10,94
Хронічний гепатит	23	3,87
Гастроудоденіт	48	8,08
Виразкова хвороба	23	3,87
Хронічна хвороба нирок	54	9,09
Цукровий діабет	45	7,58
Ожиріння	52	8,75
Церебральний атеросклероз	45	7,58
Варикозна хвороба ніг	26	4,38
ХОЗЛ	12	2,02
Зоб вузловий неуточнений	54	9,09
Автоімунний тиреоїдит	4	0,67
Гіпотиреоз	4	0,67
Астеноневротичні розлади	18	3,03
Онкозахворювання	30	5,05
Катаракта	3	0,51
Хвороби шкіри	2	0,34
Гінекологічні хвороби	4	0,67
Урологічні хвороби	6	1,01

них умовах. Зважаючи на розбіжності в кількості осіб із встановленим діагнозом ожиріння та кількістю пацієнтів з індексом маси тіла більше 25 кг/м², можна стверджувати, що лікарями недооцінюється вплив саме цього фактора ризику на розвиток ОА.

Всі супутні захворювання в обстежених хворих верифіковані за допомогою інструментальних (ЕКГ, ЕхоКГ, рентгенологічних, ультрасонографічних, ендоскопічних тощо) та лабораторно-біохімічних методів дослідження. Частота виявлених супутніх захворювань, зафіксованих в історіях хвороби, наведена в таблиці 1.

Аналізуючи особливості супутніх захворювань встановлено, що кількісно переважаючою і маніфестною патологією в досліджуваного контингенту були ураження серцево-судинної системи: ІХС – 433 (72,89 %) особи, що часто супроводжувалася артеріальною гіпертензією – 233 (39,22 %) особи. Зазначене вказує на коморбідність цих захворювань та необхідність пошуку лікарських засобів одночасного впливу на обидва патологічні стани.

При оцінці уражень системи травлення отримані дещо менші, але теж досить високі показники – всього 255 пацієнтів (42,93 %), серед яких хвороби гепатобіліарної системи виявлені у 119

осіб (20,03 %), а шлунково-кишкового тракту (ШКТ) – у 136 (22,9 %). Анамнестично майже всі ці захворювання з різною послідовністю в часі виникли в молодому та зрілому віці, тобто, ще до формування явищ ОА. Аліментарні огріхи, несприятливий вплив основних засобів лікування ОА (нестероїдні протизапальні препарати) ймовірно сприяли порушенню білкового, ліпідного, вуглеводного обмінів та розвитку універсального процесу – атеросклерозу, що також підвищувало кардіоваскулярний ризик у хворих на ОА.

Також нерідко виявляли ендокринну патологію. Зокрема, у нашому дослідженні цукровий діабет діагностовано у 45 (7,58 %) осіб та в 62 (10,44 %) пацієнтів виявлено патологію щитоподібної залози, яка має свої особливості патогенетичного впливу на стан кісткових структур.

Кількість супутніх хвороб у одного пацієнта зростала з кожним наступним десятиріччям, головним чином збільшувалася частота та вираженість уражень ССЗ та ШКТ. У цієї категорії пацієнтів із віком помітно посилювалася маніфестність, у т.ч. системність клінічних проявів артриту, погіршувався прогноз для праці та результати лікування, зумовлені взаємообтяжуючим впливом коморбідних захворювань, частіше виникали побічні ефекти від ліків, погіршувалася

Таблиця 2

Особливості частоти уражень різних систем у хворих на остеоартроз залежно від віку та статі

Стать	Чоловіки				Жінки			
	Віковий діапазон нозології	до 50 років n=19 (3,2%)	51-60 р. n=19 (3,2%)	61-70 р. n=28 (4,71%)	>70 років n=27 (4,55%)	до 50 років n=46 (7,74%)	51-60 р. n=177 (29,79%)	61-70 р. n=145 (24,41%)
ІХС	2 (10,53%)	10 (52,63%)	20 (71,43%)	24 (88,89%)	15 (32,61%)	110 (62,15%)	116 (80%)	121 (90,98%)
Артеріальна гіпертензія	4 (21,05%)	3 (15,79%)	10 (35,71%)	11 (40,74%)	10 (21,74%)	69 (38,98%)	61 (42,07%)	60 (45,11%)
Гастродуоденіт	3 (15,79%)	3 (15,79%)	1 (3,57%)	3 (82,54%)	4 (8,69%)	16 (9,04%)	13 (8,97%)	5 (3,76%)
Виразкова хвороба	-	-	3 (10,71%)	4 (14,81%)	2 (4,35%)	2 (1,13%)	8 (5,52%)	3 (2,26%)
Некалькульозний холецистит	3 (15,79%)	4 (21,05%)	4 (14,29%)	2 (7,41%)	6 (13,04%)	24 (13,56%)	14 (9,66%)	12 (9,02%)
Жовчокам'яна хвороба	1 (5,26%)	-	1 (3,57%)	-	2 (4,35%)	9 (5,08%)	4 (2,76%)	9 (6,77%)
Панкреатит	1 (5,26%)	-	4 (14,29%)	3 (82,54%)	5 (10,87%)	22 (12,43%)	12 (8,28%)	16 (12,03%)
Гепатит	-	2 (10,53%)	5 (17,86%)	3 (82,54%)	2 (4,35%)	4 (2,26%)	5 (3,45%)	1 (0,75%)
Стеатогепатоз								
Цукровий діабет	-	-	1 (3,57%)	-	6 (13,04)	16 (9,04%)	8 (5,52%)	13 (9,77%)
Ожиріння	-	2 (10,53%)	-	-	11 (23,91%)	18 (10,16%)	11 (7,59%)	9 (6,77%)
Зоб	3 (15,79%)	-	-	4 (14,81%)	5 (10,87%)	15 (8,47%)	15 (10,34%)	10 (7,52%)
Автоімунний тиреоїдит	-	1 (5,26%)	-	-	2 (4,35%)	-	-	1 (0,75%)
Гіпотиреоз	-	-	-	-	1 (2,17%)	-	2 (1,38%)	1 (0,75%)
Остеохондроз, радикулопатія,	4 (21,05%)	8 (42,11%)	4 (14,29%)	1 (3,70%)	14 (30,43%)	56 (31,64%)	30 (20,69%)	17 (12,78%)
Церебральний атеросклероз	1 (5,26%)	1 (5,26%)	2 (7,14%)	2 (7,41%)	2 (4,35%)	12 (6,78%)	14 (9,66%)	11 (8,27%)
Астено-невротичний синдром	-	-	1 (3,57%)	2 (7,41%)	2 (4,35%)	5 (2,82%)	3 (2,07%)	5 (3,76%)
Хронічна хвороба нирок	1 (5,26%)	-	1 (3,57%)	4 (14,81%)	3 (6,52%)	19 (10,73%)	15 (10,34%)	11 (8,27%)
ХОЗЛ	-	-	2 (7,14%)	1 (3,70%)	2 (4,35%)	2 (1,13%)	3 (2,07%)	2 (1,5%)
Онкозахворювання	-	1 (5,26%)	4 (14,29%)	2 (7,41%)	3 (6,52%)	7 (3,95%)	8 (5,52%)	7 (5,26%)
Варикозна хвороба ніг	-	-	1 (3,57%)	-	6 (13,04%)	12 (6,78%)	2 (1,38%)	3 (2,26%)
Катаракта	-	-	-	-	-	-	-	3 (2,26%)

Примітка. Відсотки виведені відносно кількості пацієнтів відповідної вікової групи

якість життя. Також ускладнювався лікувально-діагностичний процес, збільшувалася тривалість перебування хворого в стаціонарі, частіше наступала інвалідизація, несприятливі умови проведення реабілітації, що в цілому погіршувало прогноз для життя.

Проте ураження органів дихання, шкіри, урологічна, гінекологічна та офтальмологічна патологія, онкозахворювання (табл. 1) у цих хворих на ОА нами розцінена як випадкове поєднання патологічних процесів, що не мають явних патогенетичних взаємозв'язків та не вимагають якихось терапевтичних обмежень у лікуванні основної недуги. Вони вписуються в класичну термінологію: супутні захворювання та є складовими поняття «поліморбідність».

За даними ретроспективного аналізу історій хвороб пацієнтів з ОА, констатували наступне: при остеоартрозі дебют клінічних проявів у 95% розвивався вже на тлі коморбідного фону, що акцентує увагу лікарів на індивідуальності підходу до лікування такого пацієнта. Зростання індексу коморбідності сприяло подовженню перебування хворого на стаціонарному лікуванні, обмежувало реабілітаційні заходи, сприяло прискоренню втрати працездатності. Встановлено також, що зі зростанням віку пацієнтів та тривалості захворювання, вираженості кісткової патології відмічалася зростання ступеня поліморбідності. Ступінь коморбідності зростав із віком, що видно з даних таблиці 2. Тому врахування коморбідності з встановленням ступеня функціональних порушень та морфологічних змін всіх виявлених нозологічних форм вимагає від лікаря підбору індивідуального диференційованого підходу до лікування хворого та визначення прогнозу пацієнта.

Особливості частоти та системності коморбідних уражень у віковому та гендерному аспекті наведені в таблиці 2.

За даними таблиці 2, очевидною є низька супутня захворюваність у пацієнтів до 50 років, проте в цьому віковому діапазоні в осіб жіночої статі вже починає збільшуватися частота ССЗ (25 осіб – 54,35 %), ендокринних захворювань (25 осіб – 54,35 %), хвороб системи травлення (21 особа – 45,65 %) та неврологічних (18 осіб – 39,13 %). У віці від 51 до 60 років у жінок спостерігалася вагоміше зростання відсотків зазначених уражень: ендокринних захворювань (49 осіб – 27,68 %) та хвороб системи травлення (77 осіб – 43,50 %) й неврологічних (73 особи – 41,24 %) із значним зростанням кількості ССЗ (ІХС – 110 осіб – 62,15 % + АГ – 69 осіб – 38,98 %), що мало подібну тенденцію, але з меншою вираженістю в осіб чоловічої статі – ССЗ (ІХС – 10 осіб – 52,63 % + АГ – 3 пацієнти – 15,79 %), хвороб системи травлення (9 осіб – 47,37 %), неврологічних (9 осіб – 47,37 %), ендокринних захворювань (3 пацієнти – 15,79 %) відповідно. Зазначена частота уражень різних систем спостерігається при статистичному аналізі десяти наступних років (з 61-70) з утриманням високих показників ССЗ у

жінок та помітною тенденцією її зростання в чоловіків (ІХС – 20 осіб – 71,43 % + АГ – 10 осіб – 35,71 %). Слід відмітити, що з віком зростала вираженість та тяжкість клінічних проявів коморбідної патології, особливо в пацієнтів з ожирінням, вантажників, працівників аграрного сектору, професій, пов'язаних із тривалим стоянням. Не відслідковано залежності клінічної вираженості і тяжкості перебігу ОА від фактору спадковості, оскільки в історіях хвороби така інформація виявлена лише в 47 пацієнтів (7,91 %), що не відповідає даним літератури [7].

У загальному у жінок ОА розвивався швидше і прогресував у більш ранньому віковому діапазоні та супроводжувався значнішим поліморбідним та коморбідним фоном, серед чого домінували захворювання серцево-судинної системи та холецистогепатопанкреатопатії.

Оцінюючи використані лікувальні комплекси в обстежених хворих можна стверджувати, що лікування основної недуги (ОА) здійснювалося з дотриманням настанов Наказу №676 від 12.10.2006р., певною мірою зверталась достатня увага в лікуванні коморбідних ІХС та артеріальної гіпертензії, гастроцитопротекції уражень ШКТ. Тобто, профілактика гастроінтестинальних ризиків здійснювалася достатньо. Однак нечасто призначалися методи уточнення стану гепатобіліарної системи за даними УЗД та відповідних корегуючих засобів, оскільки висока частота ожиріння, як правило, супроводжується олігосимптоматикою стеатогепатозу, сприяє прогресуванню явищ атеросклерозу, ІХС, ЦД 2-го типу. Саме така сукупність захворювань формує комплекс під назвою «метаболічний синдром», якому притаманний високий ступінь кардіоваскулярного ризику (КВР). У цьому аспекті ми не виявили формалізованої уваги лікарів щодо оцінки сукупності хвороб як «метаболічний синдром» та посилення медикаментозної протидії кардіоваскулярним ризикам. Саме на цей феномен та профілактику КВР звертається все більша увага вітчизняних і зарубіжних кардіологів [1, 7, 16, 19, 23].

Згідно з аналізом матеріалів нашої вибірки, можна дійти висновку, що на теперішньому етапі лікарської діяльності в спеціалізованих ревматологічних стаціонарах у лікарів немає налаштованості на оцінку коморбідних захворювань, як факторів обтяження перебігу основної недуги зі спектра поліморбідності. Це в загальному відповідає нинішнім світовим тенденціям у лікувальних установах та підкреслює актуальність уваги ВООЗ до дослідження проблеми коморбідності, подальшої поінформованості практичних лікарів щодо досягнень у цьому напрямку та вдосконалення лікувальних комплексів із метою покращання результатів реабілітаційних заходів і якості життя хворих. Зрозуміло, що при будь-якій основній патології в різних галузях медицини спектр поліморбідності та коморбідності буде відрізнятися, але найбільш поширені вікові захворювання будуть «спільним» складником, який

належить мати на увазі. У першу чергу подібні дослідження слід здійснювати при найбільш поширеній і соціально значущій патології, до якої відноситься остеоартроз.

Висновки

1. Клінічні прояви, перебіг та результати лікування у хворих на остеоартроз I-II стадії залежать не тільки від віку пацієнта, статі, професій, пов'язаних із інтенсивним фізичним навантаженням упродовж життя, але й від зростання системності і вираженості уражень опорно-рухового апарату, поліморбідного та коморбідного фонів, що обмежує реалізацію лікувальних програм остеоартрозу та вимагає уваги лікарів щодо орган- та цитопротекції уражених органів та систем і хворих на остеоартроз.

2. Переважання серед супутніх захворювань у хворих на остеоартроз уражень серцево-судинної системи, метаболічного синдрому свідчить про доцільність віднесення їх до групи високого кардіоваскулярного ризику та здійснення належної профілактики васкулярних ускладнень.

3. Для підвищення ефективності результатів лікування хворих на остеоартроз з високим рівнем коморбідності в лікувальні програми необхідно включати засоби корекції клінічно значимої коморбідної патології.

Перспективи подальших досліджень вбачаємо у поглибленому проспективному вивченні патогенетичних зв'язків остеоартрозу та коморбідних захворювань, а також розробку вдосконалених лікувально-профілактичних програм для цього контингенту хворих.

Література

- Артеменко Н.А. Анализ коморбидности и факторов кардиометаболического риска у больных остеоартрозом / Н.А. Артеменко // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2009. – Т. 8, № 4. – С. 45-51.
- Белялов Ф.И. Двенадцать тезисов коморбидности / Ф.И. Белялов // Клини. мед. – 2009. – № 12. – С. 69-71.
- Белялов Ф.И. Лечение внутренних болезней в условиях коморбидности / Ф.И. Белялов. – Иркутск, 2012. – 300 с.
- Волошин О.І. Вікові і статеві аспекти коморбідної і супутньої патології у хворих на подагру (ретроспективне дослідження) / О.І. Волошин, О.І. Доголіч, Л.О. Гавриш // Бук. мед. вісник. – 2012. – Т. 16, № 2 (26). – С. 20-23.
- Звягинцева Т.Д. Механизмы развития, принципы диагностики и современные методы лечения метаболического синдрома / Т.Д. Звягинцева, И.М. Плутенко // Нов. мед. и фармации. – 2013. – № 3 (444). – С. 16-17.
- Коваленко В.М. Національний підручник з ревматології / В.М. Коваленко, Н.М. Шуба (ред.). – К.: Моріон, 2013. – С. 497-510.
- Коваленко В.Н. Проблемы диагностики и ведения больных с метаболическим синдромом / В.Н. Коваленко, Е.Г. Несукай, А.Ю. Яковенко // Укр. кардиол. ж. – 2006. – № 4. – С. 98-105.
- Коломоєць М.Ю. Коморбідність і поліморбідність у терапевтичній практиці / М.Ю. Коломоєць, О.О. Ващенко // Укр. мед. часопис. – 2012. – № 5 (91). – С. 134-143.
- Комиссаренко И.А. Полиморбидность и метаболический синдром у пожилых / И.А. Комиссаренко // Клини. геронтол. – 2009. – Т. 15, № 1. – С. 29-38.
- Коморбідність і високий кардіоваскулярний ризик – ключові питання сучасної медицини / Г.Д. Фадєєнко, О.Є. Гріднев, А.О. Несен [та ін.] // Укр. терапевт. ж. – 2013. – № 1. – С. 102-107.
- Лазебник Л.Б. Старение и полиморбидность / Л.Б. Лазебник // Здоров'я України. – 2006. – № 20 (153). – С. 80-81.
- Лукьянчук Е. Коморбидность при остеоартрозе: рациональный подход к выбору нестероидного противовоспалительного препарата / Е. Лукьянчук // Укр. ревматол. ж. – 2014. – № 4 (58). – С. 67-71.
- Насонов Е.Л. Ревматология. Клинические рекомендации. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2011. – 752 с.
- Невойт А.В. Клинико-патогенетическое обоснование применения метаболической терапии в комплексном лечении больных ишемической болезнью сердца с сопутствующими заболеваниями внутренних органов / А.В. Невойт // Ліки України. – 2009. – № 1. – С. 111-115.
- Попкова Т.В. Кардиоваскулярные факторы риска при ревматологических заболеваниях: связь с воспалением / Т.В. Попкова, Д.С. Новикова, Е.Л. Насонов // Болезни сердца и сосудов. – М., 2010. – № 2. – С. 46-53.
- Проценко Г.О. Альтернативний підхід до лікування остеоартрозу з коморбідними станами / Г.О. Проценко, К.А. Іванова // Ліки України. – 2013. – № 1. – С. 84-88.
- Синяченко О.В. Диагностика и лечение болезней суставов / О.В. Синяченко. – Донецк; Санкт-Петербург; Изд. А. Заславский: ЭЛБИ, 2012. – 560 с.
- Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature // A. Marengoni, S. Angleman, R. Melis [et al.] // Ageing Res. Rev. – 2011. – № 10 (4). – P. 430-439.
- AHA/NKF. Detection of chronic kidney disease in patients with or at increased risk of cardiovascular disease // Circulation. – 2006. – № 14. – P. 83-87.
- Campbell-Scherer D. Multimorbidity: a challenge for evidence-based medicine / D. Campbell-Scherer // Evid. Based Med. – 2010. – № 15 (6). – P. 165-166.
- Caughey G.E. Multimorbidity research challenges: where to go from here? / G.E. Caughey, E.E. Roughead // J. of Comorbidity. – 2011. – № 1. – P. 8-10.
- Comorbid chronic diseases, discordant impact on mortality in older people: a 14-year longitudinal population study / E.E. Caughey, G.E. Ramsay, A.I. Vitry [et al.] // J. Epidemiol Community Health. – 2010. – Dec; 64 (12). – P. 1036-1042.
- Comorbidity and repeat admission to hospital for adverse drug reactions in older adults: retrospective cohort study / M. Zhang, C.D. Holman., S.D. Price [et al.] // BMJ. – 2009. – Vol. 338. – P. 2752.
- Comorbidity study on type 2 diabetes mellitus using data mining, / J.Korean, H.S. Kim, A.M. Shin [et al.] // Intern. Med. – 2012. – № 27 (2). – P. 197-202.
- Dawes M. Co-morbidity: we need a guideline for each patient not a guideline for each disease / M. Dawes // Fam. Pract. – 2010. – № 27 (1). – P. 1-2.
- How to measure comorbidity: a critical review of available methods / V. Groot, H. Beckerman, G.J. Lankhorst [et al.] // J. Clin. Epidemiol. – 2003; Mar. – № 56 (3). – P. 221-229.
- Meraer S.W. Improving the health of people with multimorbidity: the need for prospective cohort studies / S.W. Meraer, J. Gunn, S.Wyke // J. Comorbidity. – 2011. – № 1. – P. 4-7.
- Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice / M. Fortin, G. Bravo, C. Hudon [et al.] // Ann. Fam. Med. – 2005. – № 3. – P. 223-228.
- Safford M.M. Patient complexity: more than comorbidity, the vector model of complexity / M.M. Safford, J.J. Allison, C.I. Kiefe // J.Gen. Intern. Med. – 2007. – Vol. 22 (3). – P. 382-390.
- Starfield B. Comorbidity: implications for the Importance of Primary Care in Case Management / B. Starfield, K.W. Lemke, T. Bernhardt // Ann Fam Med. – 2003. – № 1 (1). – P. 8-14.

КОМОРБИДНОСТЬ И ПОЛИМОРБИДНОСТЬ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ: ВОЗРАСТНЫЕ И ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ (РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ И ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Л.А. Волошина

Резюме. В статье приведены результаты ретроспективного исследования оценки практическими врачами специализированного ревматологического стационара сопутствующих заболеваний у больных остеоартрозом сквозь призму сведений литературы о весомости изучения коморбидности и полиморбидности. Установлено, что при соблюдении лечебной тактики в отношении основных регламентирующих документов МЗ Украины относительно остеоартроза и сопутствующих поражений сердечно-сосудистой системы на нынешнем этапе недостаточным является внимание к оценке коморбидности как факторов повышенных васкулярных и гастроинтестинальных рисков.

Ключевые слова: остеоартроз, полиморбидность, коморбидность, возраст, гендерные аспекты.

COMORBIDITY AND POLIMORBIDITY IN OSTEOARTHRITIS: AGE AND GENDER ASPECTS (RETROSPECTIVE STUDY AND LITERATURE REVIEW)

L.O. Voloshyna

Abstract. The results of a retrospective study of evaluating specialized rheumatological hospital comorbidities in patients with osteoarthritis of the information by practical doctors through the prism of literature on the study of comorbidity and weight of polymorbidity. It has been established that the subject of medical tactics for key regulatory documents of MOH of Ukraine regarding osteoarthritis and concomitant lesions of the cardiovascular system at the present stage is the lack of attention to the assessment of comorbidity as a factor of vascular and gastrointestinal risks.

Key words: osteoarthritis, polymorbidity, comorbidity, age, gender.

Higher State Educational Institution of Ukraine «Bukovinian State Medical University» (Chernivtsi)

Рецензент – проф. Т.О. Глашук

Buk. Med. Herald. – 2015. – Vol. 19, № 3 (75). – P. 224-230

Надійшла до редакції 27.05.2015 року