

© Ганьбергер І.І., 2009
УДК 616.71/72-018.3-007.248+616.36-002.14-022

І.І. Ганьбергер

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОСТЕОАРТРОЗУ У ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМИ ГЕПАТИТАМИ В І С

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

Обстежено 26 хворих на остеоартроз (ОА) у поєднанні з хронічними гепатитами (ХГ) В і С та 48 пацієнтів контрольної групи (з ОА без супутнього ХГ В і С). ОА у поєднанні з ХГ В і С характеризувався тяжчим ступенем. Такі хворі частіше скаржилися на утруднення при ходьбі, відчуття швидкої втоми в ногах, кульгавість, ранкову скутість у суглобах, парестезії в пальцях рук і ніг. Суглобовий синдром був виразнішим, ніж у пацієнтів без супутнього ХГ.

Ключові слова: остеоартроз, хронічні гепатити В і С, больовий та суглобовий індекси.

ОА є однією з найпоширеніших патологій людини і за розповсюдженням займає перше місце серед усіх захворювань суглобів [1-4]. Він виникає як наслідок прогресуючих дегенеративно-дистрофічних змін суглобового хряща і субхондральної кісткової тканини [2, 3, 5]. З віком частота ОА збільшується [1, 2]. При здійсненні епідеміологічних досліджень встановлено, що ця хвороба виявляється у 37 % людей старше 40 років, а в осіб старше 75 років – у 85 % [1]. Також ОА стає причиною передчасної втрати працездатності та інвалідизації працездатних верств населення [5]. Прогнозують, що до 2020 р. ОА діагностуватиметься у 57 % населення світу [1, 6]. Особливе занепокоєння викликає той факт, що захворюваність зростатиме за рахунок осіб, молодших 45 років [6].

ХГ В і С з року в рік привертають до себе все більшу увагу й зацікавлення, оскільки зростає їх розповсюдження в усьому світі. Частіше ці інфекції перебігають безсимптомно і виявляються випадково. Нерідко ХГ стають причиною цирозу та раку печінки. Лікування потребує значних матеріальних витрат і не завжди дає бажаний результат [7, 8].

У клінічній практиці інколи ОА поєднується із захворюваннями печінки (ХГ В і С), що у багатьох випадках погіршує перебіг основної патології. При перегляді літератури ми не знайшли робіт, в яких би висвітлювались клінічні особливості перебігу

ОА у поєднанні з ХВГ. Саме тому ця проблема й стала метою наших досліджень.

Пацієнти і методи

Обстежено 26 хворих на ОА у поєднанні з ХГ В і С (чоловіків 3, жінок 23), середній вік (56,39±1,65) року, які перебували на стаціонарному лікуванні в ревматологічному відділенні Тернопільської міської клінічної лікарні № 2. В обстеження не включали осіб із хірургічною постменопаузою, супутніми ендокринологічними захворюваннями, підозрою на реактивний артрит, III рентгенологічною стадією ОА за Н.С. Косинською та з індексом маси тіла більше 25 кг/м². Діагноз ОА виставляли на основі уніфікованих діагностичних критеріїв, розроблених Американською колегією ревматологів і схвалених Асоціацією ревматологів України. Яскравість суглобового синдрому оцінювали за такими показниками: больовий індекс (БІ), візуально-аналогова шкала (ВАШ) болю Хаскіссона, суглобовий індекс (СІ), альгофункціональний індекс Лекена (АІЛ). БІ визначали зі слів хворого і оцінювали в балах (в спокої і при активних рухах): 0 – болю немає, 1 – незначний біль, 2 – помірний біль, 3 – різкий біль. Також больовий синдром виражали за ВАШ Хаскіссона у см. ВАШ – це пряма лінія (частіше горизонтальна) довжиною 10 см (0 – болю немає, 10 см – найсильніший біль, який тільки можна уявити). Біль при пальпації визначали натисненням на суглоб великим і вказівним пальцями та виражали величиною суглобового індексу: 0 – суглоб не чутливий при натисненні, 1 бал – слабка болючість, 2 бали – помірні, 3 бали – різка болючість. АІЛ визначали методом опитування хворого про характер болю в спокої і при ходьбі (5 питань), максимальну відстань, яку може пройти (1 питання), повсякденну активність (4 питання). Відповіді оцінювали в балах і підсумовували [9].

ХГ В і С діагностовано на основі клінічних, епідеміологічних і лабораторних (біохімічний аналіз крові, визначення маркерів гепатитів В і С методом імуноферментного аналізу та полімеразною ланцюговою реакцією) даних. У 15 осіб виявлено ХГВ, у 8 – ХГС і в 3 – ХГ В+С. Групу порівняння (контрольну) склали 48 хворих

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

на ОА (17 чоловіків, 31 жінка), середній вік ($55,46 \pm 1,50$) року, без супутніх ХГ В і С.

Результати досліджень та їх обговорення

Усі хворі були розділені на 2 групи. Пацієнти з ОА у поєднанні з ХГ вірусної етіології віднесені до I групи, а хворі на ОА без супутніх ХГ – до II.

Зіставлення показало, що тяжча клінічна картина ОА була у пацієнтів I групи. Так, ранкова скутість суглобів турбувала 3 осіб (11,5 %) I групи і 2 (4,2 %) II. У 18 пацієнтів (69,2 %) I групи виника-

ло утруднення при ходьбі, а у II групі – у 25 (52,1 %). Серед хворих із супутнім ХГ кульгало 3,9 % (1 особа), а серед пацієнтів без супутніх гепатитів – 2,1 % (1 обстежений). На парестезії в пальцях рук і ніг скаржились 4 хворих (15,4 %) I групи і 3 (6,3 %) – II групи, відчуття швидкої втоми в ногах – відповідно у 6 (23,1 %) і 9 (18,8 %) осіб.

Болючість у спокої, при активних і пасивних рухах, була сильніша у I групі ($p < 0,05$). АІЛ був вищим у I групі ($p < 0,01$, табл. 1).

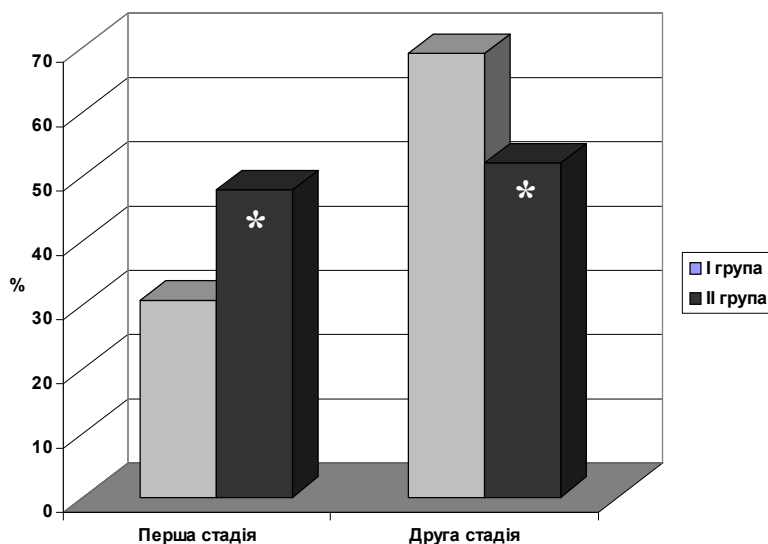
Таблиця 1

Частота клініко-функціональних індексів у хворих на ОА і ХГ В і С ($M \pm m$)

Показник	I група (n=26)	II група (n=48)	p
Інтенсивність болю за ВАШ, см	$6,54 \pm 0,30$	$5,54 \pm 0,16$	$< 0,05$
БІ в спокої, бали	$1,96 \pm 0,09$	$1,69 \pm 0,07$	$< 0,05$
БІ при активних рухах, бали	$2,31 \pm 0,09$	$1,98 \pm 0,08$	$< 0,05$
СІ, бали	$2,00 \pm 0,11$	$1,39 \pm 0,11$	$< 0,001$
АІЛ, бали	$2,31 \pm 0,09$	$1,98 \pm 0,08$	$< 0,01$

При рентгенологічному дослідженні суглобів у пацієнтів із супутніми ХГ встановлено, що у 8 осіб (30,8 %) має місце перша рентгенологічна стадія ураження і в 18 (69,2 %) – друга. В II групі цей розподіл дещо інший: першу рентгенологічну ста-

дію процесу виявлено в 23 осіб (47,9 %), другу – в 25 (52,1 %). Тобто, згідно з рентгенологічними даними, серед хворих із супутнім ХГ переважали більші зміни субхондральних елементів кісток (мал. 1).



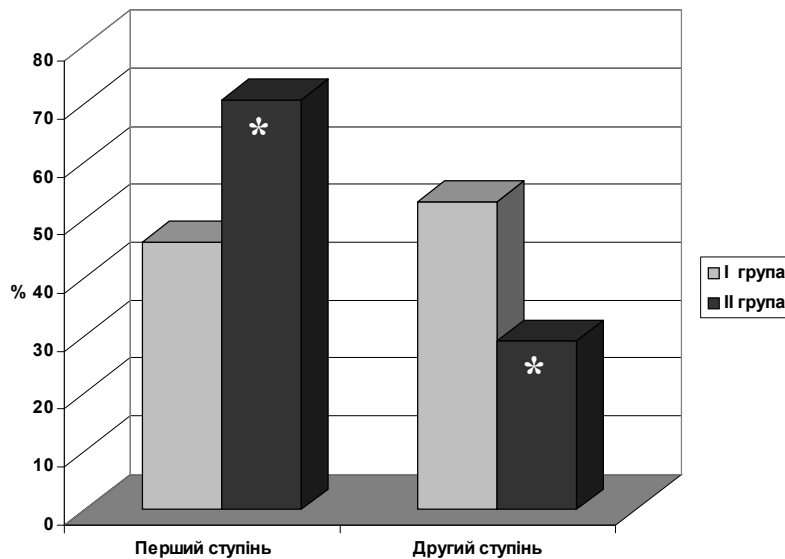
Мал. 1. Частота рентгенологічних стадій ураження суглобів у пацієнтів I і II груп.

Примітка (тут і на мал. 2). * – достовірна різниця порівняно з хворими I групи ($p < 0,05$).

Функціональну недостатність суглобів першого ступеня діагностовано у 12 осіб (46,2 %) I групи і в 34 (70,8 %) – II групи. Недостатність другого ступеня була в 14 хворих (53,9 %) I групи і в 14 (29,2 %)

пацієнтів II групи. Отже, у значної частини хворих I групи спостерігалось порушення функції суглобів другого ступеня, а в II групі більшість склали особи із порушенням першого ступеня (мал. 2).

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ



Мал. 2. Частота різних стадій порушення функції суглобів у пацієнтів I і II груп.

Обтяжливий вплив ХГ В і С, очевидно, пов'язаний з патологічними змінами, що відбуваються в печінці під впливом вірусів цих гепатитів, що негативно впливає на стан хряща і кісткової тканини. Така дія, вірогідно, обумовлена вивільненням біологічно активних речовин, активацією перекисного окислення ліпідів і пригніченням функції антиоксидантної системи, зниженням дезінтоксикаційної функції печінки та розвитком ендогенної інтоксикації [10].

Висновки

1. ОА у поєднанні з ХГ В і С характеризується тяжчим клінічним перебігом. За таких обставин спостерігається значніший суглобовий синдром, хворі частіше скаржаться на ранкову скутість, парестезії рук і ніг, кульгавість, утруднення при ходьбі, відчуття швидкої втоми в ногах.

2. У хворих на ОА із супутніми ХГ В і С частіше діагностується друга рентгенологічна стадія ураження суглобів і другий ступінь їх функціональної недостатності. Вищі клініко-функціональні індекси вказують на тяжчий суглобовий синдром порівняно з хворими на ОА без супутнього хронічного вірусного гепатиту.

Література

1. Гужевский И.И. Современные представления о патогенезе, диагностике и медикаментозном лечении первичного

остеоартроза суставов нижних конечностей // Журнал практического врача. – 2005. – № 6. – С. 5-13.

2. Остеоартроз крупных суставов у людей старших возрастных групп / Поворознюк В., Шеремет О., Григорьева Н., Заяц В. // Доктор. – 2002. – № 5. – С. 40-49.

3. Шостак Н. Остеоартроз: клиника, диагностика, лечение // Врач. – 2003. – № 4. – С. 17.

4. EULAR evidence based recommendations for the management of hip osteoarthritis: report of a task force of the EULAR standing committee for international clinical studies including therapeutics (ESCSIT) / Zhang W., Dogerly M., Arden N., et al. // Ann. Rheum. Dis. – 2005. – V. 69. – P. 669-681.

5. Поворознюк В.В. Захворювання кістково-м'язової системи в людей різного віку. У 2-х т. Т. 1. – К., 2004. – 478 с.

6. Коваленко В.Н., Лысенко И.В., Панченко Л.М. Культура стволовых стромальных клеток костного мозга человека как модель для изучения прямого влияния фармакологических препаратов при остеоартрозе // Укр. ревматол. журн. – 2006. – Т. 3, № 25. – С. 45-48.

7. Проблема хронічного гепатиту С в Україні / Гураль А.Л., Марієвський В.Ф., Сергеева В.Р., Шагінян В.Р. // Досягнення і проблеми клінічної інфектології: Матер. наук.-практ. конф. і пленуму Асоціації інфекціоністів України (21-22 травня 2008 р., Тернопіль). – Тернопіль: Укрмедкнига, 2008. – С. 30-31.

8. Перспективи підвищення контролю за гепатитом В в Україні / Шагінян В.Р., Гураль А.Л., Сергеева В.Р. та ін. // Там само. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2008. – С. 104-105.

9. Практичні навички в ревматології. Навчальний посібник / За ред. В.М. Коваленка, Н.М. Шуби. – К.: МОРІОН, 2008. – 256 с.

10. Соринсон С.Н. Хронические гепатиты. – СПб.: Теза, 1998. – 325 с.

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

CLINICAL FEATURES OF OSTEOARTHRITIS IN COMBINATION WITH CHRONIC HEPATITIS B AND C

I.I. Hanberher

SUMMARY. There were inspected 26 patients with osteoarthritis (OA) in combination with chronic hepatitis B and C and 48 patients of control group (with OA without concomitant chronic hepatitis B and C). OA in combination with chronic hepatitis B

and C was characterized by more severe clinical course. Such patients more often complained at walking, feeling of fast fatigue in feet, lameness, morning constraint in joints, paresthesias in the fingers of hands and feet. The arthral syndrome was more expressed than in patients without concomitant chronic hepatitis B and C.

Key words: osteoarthritis, chronic hepatitis B and C, pain and arthral indexes.

© Комілов Н.О., 2009
УДК 616.98:578.833.

Н.О. Комілов

КЛІНІКО-ЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА КРИМСЬКО-КОНГО ГЕМОРАГІЧНУ ГАРЯЧКУ

Центр профілактики карантинних і особливо небезпечних інфекцій МОЗ РУз, м. Ташкент (Узбекистан)

У результаті проведеного клініко-економічного аналізу випадків Кримської-Конго геморагічної гарячки (ККГГ) в умовах Узбекистану виявлено, що вона має виражену соціально-економічну значущість. Проведені розрахунки обсягу соціально-економічних збитків ККГГ дозволили констатувати, що більші витрати коштів прямо пов'язані з тяжкістю захворювання. Застосування нових сучасних методів діагностики і лікування цього захворювання сприятиме не тільки клінічно обумовленому сприятливому результату, але й меншій витраті коштів, спрямованих для лікування хворих.

Ключові слова: Кримська-Конго геморагічна гарячка, економічний збиток, клініко-економічний аналіз.

Кримська-Конго геморагічна гарячка – особливо небезпечне, природно-осередкове захворювання, яке серед арбовірусних інфекцій в багатьох країнах світу, зокрема в країнах Центрально-азійського регіону, за тяжкістю і високою летальністю має найбільше значення [1, 2]. Циркуляція вірусу ККГГ виявлена в природі ряду регіонів Узбекистану [3].

За останні два десятиліття спостерігається активація природних осередків ККГГ у багатьох ендемічних регіонах світу – в Південно-Афри-

канській Республіці (1996 р.), Султанаті Оман (1999), Афганістані і Пакистані (2000), Косово (2001), Мавританії (2003), Південному федеральному окрузі Російської Федерації (1999-2004) [4-8]. Через це в багатьох країнах світу склалася складна епідеміологічна ситуація щодо ККГГ [1, 4].

Як і багато інших захворювань, ККГГ має не тільки виражену соціально-медичну значущість, але й несе в собі соціально-економічні збитки, спричинені стійкою втратою працездатності хворого, обсягом коштів, що витрачаються на діагностику, лікування, а також на витрати профілактичних і протиепідемічних заходів. Наприклад, за розрахунками російських дослідників, обсяг витрат на один випадок ККГГ складає до 100 тис. рублів [4].

У зв'язку з цим метою дослідження було визначення рівня соціально-економічних збитків, проведення клініко-економічного аналізу ККГГ залежно від клінічної тяжкості перебігу хвороби в умовах Республіки Узбекистан.

Матеріали і методи

Матеріалом дослідження були виявлені випадки ККГГ за період 1998-2007 рр. в Узбекистані. Вартість