

Таким чином, патологічні зміни шкіри у вигляді ксантоматозу є одними із проявів ЦД, які відображають ускладнений перебіг основної хвороби. І тільки стійка компенсація вуглеводного обміну сприяє зменшенню проявів ксантоматозу, повному зникненню висипку.

Горянський А.С., Малик Н.В.
КОМОРБІДНІСТЬ - АКТУАЛЬНА ПРОБЛЕМА МЕДИЦИНИ

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Актуальність. В даний час достатньої наукової бази для ведення хворих з коморбідними станами немає, і лікування в значній мірі здійснюється емпірично. Лікарям практичної охорони здоров'я гостро необхідна відповідна інформаційна база (публікації в журналах, підручники, довідкова література), що дозволяє лікувати пацієнтів з множинною патологією, спираючись на науково обґрунтовані дані.

Результати. Поняття «коморбідність» з часом видозмінювалася в «поліморбідність», «мультиморбідність», «поліпатія», «подвійний діагноз», «плюріпатологію», але суть залишалася незмінною. В даний час загальноприйнята термінологія коморбідності відсутня. Деякі автори протиставляють одна одній поняття коморбідності і мультиморбідності, визначаючи першу, як наявність множинних захворювань, пов'язаних доведеним єдиним патогенетичним механізмом, а другу, як наявність множинних захворювань, не пов'язаних між собою доведеними на даний момент патогенетичними механізмами. Інші стверджують, що мультиморбідність є поєднання безлічі хронічних або гострих хвороб і медичних станів у однієї людини, і не роблять наголосу на єдність або різницю їх патогенезу. Спочатку термін коморбідність став широко застосовуватися в психіатрії в зв'язку з відмінностями депресивних і тривожних розладів через постійне поєднання симптомів обох груп, яке часто ускладнює їх віднесення до тих чи інших розладів. Так само як у дорослих, вивчалися випадки коморбідності соматичних і психічних порушень у дітей. Було показано, що психічна коморбідність присутня у 13,6% дітей. Потім цей термін використовувався для клінічних ситуацій поєднання психічних і соматичних розладів. Незабаром після відкриття «коморбідність» була виділена в якості окремого науково-дослідницького напрямку в різних галузях медицини. В умовній класифікації виділяють наступні варіанти коморбідності:

- Причинна коморбідність - ураження різних органів і систем, обумовлене єдиним патологічним агентом. Наприклад, алкогольна вісцеропатія у пацієнтів з хронічною алкогольною інтоксикацією;

патологія, асоційована з курінням, або системне ураження сполучної тканини при колагенозах.

- Ускладнена коморбідність - результат основного захворювання, зазвичай проявляється послідовно через деякий час після його дестабілізації в вигляді ураження органів-мішеней. Наприклад, хронічна ниркова недостатність внаслідок діабетичної нефропатії у хворих на цукровий діабет 2 типу або ішемічний інсульт в результаті гіпертонічної кризи у хворих на гіпертонічну хворобу.

- Ятрогенна коморбідність - проявляється при вимушеному медикаментозному впливі, за умови заздалегідь встановленої небезпеки тієї чи іншої медичної процедури. Наприклад, наслідки тривалої глюкокортикостероїдної терапії, лікування НПЗП і т.д.

- Неуточнений коморбідність - передбачає наявність єдиних патогенетичних механізмів розвитку захворювань, але вимагає проведення ряду тестів, що підтверджують гіпотезу дослідника або клініциста.

- «Випадкова» коморбідність. Наприклад, поєднання ішемічної хвороби серця та жовчнокам'яної хвороби або комбінація придбаного пороку серця і псоріазу. Однак здається «випадковість» даних комбінацій в майбутньому може бути пояснена з клінічних та наукових позицій.

Наявність коморбідних захворювань обумовлює збільшення ліжко-днів стаціонарного лікування, ймовірність інвалідизації, перешкоджає проведенню реабілітації, збільшує число ускладнень після хірургічних втручань, вимагає великих витрат на діагностику, лікування, реабілітацію. Число коморбідних захворювань істотно підвищується з віком: з 10% у віці до 19 років до 80% у осіб 80 років і старше. Згідно з даними M. Fortin, заснованим на аналізі 980 історій хвороби, взятих з щоденної практики сімейного лікаря, поширеність коморбідності становить від 69% серед хворих молодого віку, до 93% серед осіб середнього віку і до 98% у старшій віковій групі. При цьому число хронічних захворювань варіює від 2,8 у молодих пацієнтів до 6,4 у людей похилого віку. За даними більше 3000 патологоанатомічних досліджень хворих з соматичною патологією, що надійшли в багатопрофільний стаціонар з приводу декомпенсації хронічного захворювання (середній вік $67,8 \pm 11,6$ року), частота коморбідності становить 94,2%, найбільш поширені комбінації з двох і трьох нозологій, але в поодиноких випадках (до 2,7%) у одного пацієнта спостерігалось 6-8 хвороб одночасно.

Отже, коморбідність робить істотний вплив на перебіг і результат основного захворювання, знижуючи якість життя пацієнтів. У XXI столітті значення коморбідності зростає, в основному у зв'язку зі старінням населення, оскільки з віком питома вага пацієнтів з супутніми захворюваннями наростає. І хоча проблема «стара», поглянути на неї треба по-новому.

Висновок. Оскільки достатньої наукової бази для лікування хворих з коморбідними станами поки не існує, їх лікування в значній мірі здійснюється емпірично. Важко уявити, які соціально-економічні втрати несе охорона здоров'я, суспільство і держава через відсутність належної уваги і наукового підходу до лікування коморбідних станів. Необхідні спеціальні дослідження, спрямовані на вивчення механізмів, що відбуваються в організмі при стані коморбідності, пошук нових схем і алгоритмів терапевтичного впливу, нових лікарських засобів

**Єрмолаєва М.В., Верзілова С.Ф., Сняченко О.В., Тарасова В.І.,
Лівенцова К.В., Кузеванова М.В.
МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ У ЖІНОК З ОСТЕОПОРОЗОМ**

Донецький національний медичний університет, Лиман, Україна

Остеопороз (ОП) є актуальною медико-соціальною проблемою ХХІ століття, особливо у жінок постменопаузального періоду, враховуючи зв'язок такої кісткової патології з виникаючим дефіцитом естрогенів і прогестинів. Існують певні взаємовідносини між ОП з поєднаним метаболічним синдромом (МС). Ми обстежили жінок з постменопаузальним (1-го типу) та сенільним (2-го типу) ОП. Із розробки виключено пацієнок з ендокринною патологією (ендогенний гіперкортицизм, тиреотоксикоз, цукровий діабет, гіперпаратиреоз), з ревматичними запальними аутоімунними захворюваннями (системний червоний вовчак, системна склеродермія, хвороба Шьогрена, ревматоїдний артрит), з хронічною хворобою нирок та печінки, після оваріоектомії, з використанням глюкокортикоїдних та тиреотропних гормонів, антикоагулянтів й антацидів, що містять алюміній.

Діагностика ОП включала показники метакарпального індексу Барнетта-Нордіна (МКІ) менше 0,4 та мінеральної компактності кістки (МКК) при денситометрії більше 6,25 SD⁽²⁾. Окрім того, при рентгенологічному дослідженні мали місце поява великопетлистості кісткової структури, розширення кістково-мозкового каналу, витончення і спонгіозування кортикального шару, збільшення контурів кортикального шару навколо всієї кістки. Хворим виконували рентгенологічне дослідження кистей (апарат Multix-Compact-Siemens, Німеччина) і двоенергетичну рентгенівську остеоденситометрію проксимального відділу стегнової кістки (апарат QDR-4500-Delphi-Hologic, США). Імуноферментним методом (підер PR2100-Sanofi diagnostic pasteur, Франція) досліджували вміст у сироватці крові інсуліну, С-пептиду, передсердного натрійуретичного пептиду, остеоасоційованих паратиреоїдного гормону, остеокальцину і кальцитоніну; рівні активності