

**О.І. Волошин,  
О.І. Доголіч,  
Л.О. Волошина**

Буковинський  
державний медичний  
університет, Чернівці

**Ключові слова:**

подагра, коморбідність,  
поліморбідність, діагностика.

## ВІКОВІ ТА ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ КОМОРБІДНОСТІ ТА СУПУТНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ (ПРОСПЕКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)

*У статті наведено результати проспективного дослідження перебігу подагри у 124 хворих впродовж 2–3 років. На ранніх стадіях подагри у чоловіків віком до 50 років перебіг останньої відбувається переважно у формі епізодів гострого подагричного артриту на тлі помірних артеріальної гіпертензії, ожиріння та набутої раніше патології системи травлення: гастриту, гастродуоденіту, виразки шлунково-кишкового тракту, холециститу. У осіб віком старше 50 років прояви подагри набувають ознак хронічного подагричного артриту з чіткими ознаками нефропатії, нефролітіазу, тофусних уражень суглобів, наростає ступінь коморбідності з доповненням прогресуючими формами ішемічної хвороби серця, цукрового діабету II типу, стеатогепатозу, панкреатиту, а після 60 років — первинного остеоартрозу. З прогресуванням коморбідних захворювань морбідний маршрут хворих на подагру набуває нових напрямків: до кардіолога, ендокринолога, уролога, судинного хірурга, сімейного лікаря. Лікування у цих спеціалістів нерідко зумовлює медикаментозну провокацію загострень подагри. У жінок подагра проявляється переважно після 55–60 років на тлі високого поліморбідного і коморбідного стану та нерідко виявляється при лікуванні з приводу кардіальної, ендокринної чи іншої патології. Автори пропонують виділяти коморбідні захворювання, що мають спільні з подагрою патогенетичні ланки та спричиняють високий кардіоваскулярний ризик, ті, які обмежують реалізацію протиподагричної терапії та зумовлюють підвищений гастроінтестинальний ризик, та супутні захворювання, що не впливають на перебіг і лікування подагри.*

### ВСТУП

Подагра як одна з актуальних проблем ревматології набуває все більшої загальномедичної значущості. В останні десятиріччя у світі відзначається підвищення поширеності цієї недуги у майже 2 рази (Doherty M., 2009; Roddy E., Doherty M., 2010). Зокрема, в США виявили подагру у 3,9% обстежених, зокрема серед чоловіків — 5,9%, серед жінок — 2,0% (Zhu Y. et al., 2011), в Україні захворюваність на подагру становить 5–28 випадків на 1000 чоловіків і 1–6 — на 1000 жінок, а поширеність гіперурикемії — 15–20% (Коваленко В.М., Шуба Н.М., 2013). Хоча на сьогодні питання лікування подагри на різних етапах її перебігу потребують вдосконалення (Richette P., Bardin I., 2010; Свінціцький А.С., 2013; Шуба Н.М., 2013), постає нова проблема в зазначеному аспекті, пов'язана з віковим зростанням поліморбідного фону у цих хворих.

У цьому контексті дослідження особливостей перебігу і лікування будь-якого із захворювань в умовах поліморбідності становлять новий науковий напрям (Campbell-Scherer D., 2010; Marengoni A.

et al., 2011; Meraer S.W. et al., 2011). Проте серед спектра захворювань, що становлять поліморбідний фон, найбільшої уваги заслуговують захворювання, що мають спільні патогенетичні ланки з основним захворюванням чи іншу залежність між ними, так звані коморбідні хвороби (Daves M., 2010; Белялов Ф.И., 2012; Коломоець М.Ю., Вашеняк О.О., 2012; Фадеєнко Г.Д. та співавт., 2013). Звертається увага на складність лікування поліморбідного хворого з явищами коморбідності та потребу нового вектора таких досліджень (Safford M.M. et al., 2007). Щодо подагри та властивої їй гіперурикемії, то вітчизняні вчені акцентують увагу на мультихвороботворне значення гіперурикемії, особливо щодо кардіоваскулярного ризику (Бильченко А.В., 2009; Ильина А.Е. и соавт., 2009; Шуба Н.М., 2013; Яременко О.Б., Микитенко А.Н., 2013). У полі зору науковців особлива увага звернута на коморбідність подагри з артеріальною гіпертензією (Inokuchi T., 2010; Беловол А.Н., Князькова И.И., 2013). Зроблено спроби аналізу коморбідності та поліморбідності при подагрі ретроспективного характеру (Воло-

шин О.І. та співавт., 2012). Усі автори зазначають, що зростання кардіоваскулярного ризику у пацієнтів із подагрою у зв'язку з коморбідними захворюваннями є основною причиною смертності понад 60% хворих на цю недугу і потребує розробки методів профілактики. Однак зазначимо, що цей напрямок щодо подагри вивчено недостатньо.

Дослідження особливостей перебігу подагри в умовах формування та наростання явищ поліморбідності та коморбідності може сприяти вдосконаленню лікування як самої подагри, так і коморбідних процесів, запобігти можливим ускладненням та побічним ефектам здійснюваної терапії.

Мета дослідження — вивчити вікові та гендерні аспекти формування коморбідності та супутньої патології у хворих на подагру.

### ОБ'ЄКТ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Спостереження проведено у 124 хворих на подагру, які лікувалися в ревматологічних відділеннях Чернівецької обласної та Чернівецької міської №3 клінічних лікарень з 2010 р., зокрема 79 з них — за даними повторних госпіталізацій від 2 до 4 разів, а також за даними динамічного амбулаторно-поліклінічного спостереження, вивчення первинної медичної документації, в тому числі — за матеріалами звернень пацієнтів до інших спеціалістів. Діагноз «подагра» встановлювали на підставі Рекомендацій з діагностики подагри EULAR (2006). Діагнози кардіологічної групи хвороб встановлювали згідно з Наказом МОЗ України № 621/60 від 24.07.2013 р. «Про надання медичної допомоги хворим з захворюваннями серцево-судинної системи». Інші захворювання верифіковані в стаціонарах чи при консультаціях ендокринологів, урологів, гастроентерологів тощо, зазвичай, згідно з відповідними протоколами та сучасними методами діагностики. Тривалість спостереження становила 2–3 роки. Серед обстежених чоловіків було 97 (78,22%) осіб, жінок — 27 (21,78%). Вікові коливання у хворих на подагру чоловіків були в межах 41–78 (57,6±3,54) років, у жінок — 52–77 (65,3±1,32) років, давність захворювання у чоловіків становила 9–23 роки (18,2±1,16), у жінок — 2–11 (7,1±0,82) років. Спадкову схильність до подагри виявили у 36 (29,03%) осіб.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При анамнестичному дослідженні вікових та часових особливостей формування подагри у чоловіків встановлено, що початковий період подагри в них характеризувався 3–7-денними епізодами помірного гострого подагричного артриту при порушенні харчової поведінки з алкогольними ексцесами. Перші 1–3 епізоди купірувалися амбулаторно за допомогою різних нестероїдних протизапальних засобів, часто за порадою нефакхівців. Майже всі пацієнти вперше госпіталізовані за 3–4-го епізоду гострого подагричного артриту в спеціалізоване відділення, де діагноз подагри встановлювали вперше. Частота епізодів гострого подагричного артриту коливалася від 1–2 на рік до 1 на 2–3 роки

залежно від дотримання хворим дієти, медикаментозного лікування та уникнення інших ризик-чинників. У міжпадний період подагри хворі зазвичай рідко застосовували будь-які медикаменти, лише за потребою дотримувалися дієти. Саме ці основні складові визначали темпи прогресування подагри, перехід у форму хронічного подагричного артриту, формування тофусів різних локалізацій, подагричного ураження внутрішніх органів. Перший, сприятливий період тривав у хворих від 5 до 12 років.

Поліморбідний і коморбідний фон у них був помірний, а за ступенем вираженості — м'який (таблиця). З коморбідних захворювань були: надмірна маса тіла або ожиріння I–II ступеня, артеріальна гіпертензія I ступеня, сечокислий діатез та набуті до захворювання на подагру ураження системи травлення (гастрит, гастродуоденіт, виразка шлунково-кишкового тракту, хронічний холецистит). Переважно такі вияви хворобливого стану були властиві до 50, рідше — 55-річного віку. З приводу гастроентерологічної патології хворі також не вирізнялися особливою пунктуальністю в харчуванні та лікуванні. Морбідний маршрут в основному полягав у спостереженні та лікуванні в ревматолога, значно рідше та в амбулаторному режимі — в гастроентеролога чи кардіолога. У середньому у кожного хворого виявляли від 3 до 6 таких захворювань.

Таблиця

Вікові аспекти частоти коморбідних і супутніх патологічних процесів у хворих на подагру чоловіків (n,%)

Назва захворювання	Вік до 50 років	Вік після 50 років
	(n=32)	(n=65)
Артеріальна гіпертензія I ст.	10 (31,25)	2 (3,07)
Артеріальна гіпертензія II ст.	1 (3,12)	49 (75,38)
Ішемічна хвороба серця (ІХС):		
помірні прояви	8 (25,0)	42 (64,61)
виражені прояви	–	5 (7,69)
Надмірна маса тіла	4 (12,5)	2 (3,07)
Ожиріння I–II ступеня	16 (50)	32 (49,23)
Ожиріння II–III ступеня	10 (31,25)	31 (47,69)
Цукровий діабет	1 (3,12)	16 (24,61)
Стеатогепатоз (гепатит)	22 (68,65)	59 (90,76)
Хронічний холецистит	12 (37,5)	33 (50,76)
з них калькульозний	–	14 (21,54)
Хронічний панкреатит	6 (18,75)	22 (33,83)
Сечокислий діатез	27 (84,37)	40 (61,54)
Сечокам'яна хвороба	1 (3,12)	25 (38,46)
Хронічний пієлонефрит	1 (3,12)	21 (32,31)
Хронічний гастрит, гастродуоденіт	17 (53,12)	41 (63,07)
Виразкова хвороба	2 (6,24)	8 (12,31)
Синдром подразненого кишечника	1 (3,12)	18 (27,69)
Первинний остеоартроз	–	21 (32,31)
Хронічний бронхіт	3 (9,37)	8 (12,31)
Хронічна обструктивна хвороба легень (ХОХЛ)	1 (3,12)	5 (7,69)
Простатит, аденома передміхурової залози	4 (12,5)	33 (50,76)
Хвороби шкіри (грибкові, дерматит, хронічна екзема)	3 (9,37)	9 (13,85)

На стадії хронічного подагричного артриту відзначали ураження суглобів стоп, колінних, ліктьових, кистей, а через 2–3 роки з нашаруванням множинних тофусів різних локалізацій, закономірними проявами подагричної нефропатії, сечокам'яної хвороби (див. таблицю). Частота подагричних атак зростала до 4–5 зтяжних епізодів на рік, у міжна-

падний період ремісія була нестійкою, відзначали рухові обмеження в уражених суглобах, прогресуючу функціональну недостатність, зростала частота тимчасової непрацездатності, прогресували рентгенологічні зміни в суглобах, нашаровувалися явища вторинного остеоартрозу. Такі особливості подагричних уражень спостерігали у чоловіків віком старше 50–55, до 60–65 років.

Одночасно із зазначеним зростав коморбідний фон: підвищувалася частота і збільшувалася вираженість ожиріння, помірно прогресуючі різні форми ІХС, гіпертонічної хвороби, інсулінорезистентності чи цукрового діабету II типу, жирової хвороби печінки як основні прояви метаболічного синдрому, а після 60–65 років — інших атеросклеротичних уражень, нашарування вікового первинного остеоартрозу не уражених подагрою суглобів (див. таблицю). Саме ці захворювання суттєво підвищують рівень кардіоваскулярного ризику до високого і дуже високого. Як наслідок — у 2 хворих згодом виник інфаркт міокарда, в 1 — ішемічний інсульт.

Менш вагомо прогресували та маніфестували ураження системи травлення, однак слід відзначити зростання частоти і прогресування хронічних панкреатиту, гепатиту, калькульозних форм холециститу та пов'язаних клініко-патогенетично з ними синдромів подразненого кишечника, дисбіозу тощо. Рецидиви зазначених патологічних станів нерідко провокувалися застосуванням будь-якого з антиподагричних засобів попри застосування гастро- чи ентеро-, гепатопротекторних чинників та були обмежувальними факторами в належній реалізації антиподагричної терапії (зворотна причинно-наслідкова коморбідність). У цьому аспекті слід враховувати зростання гастроінтестинального ризику від антиподагричних засобів.

Слід відзначити наявність ряду супутніх захворювань, що становили поліморбідний фон, але не мали помітних патогенетичних чи інших зв'язків із подагрою та не впливали на перебіг і лікування цієї недуги: хронічний бронхіт, ХОХЛ, простатит, захворювання ЛОР-органів, грибкові захворювання шкіри (див. таблицю). У кожного хворого виявляли від 5 до 8 захворювань.

Проте саме на цій стадії та вікового періоду у хворих на подагру у зв'язку з наростанням спектра та вираженості коморбідних процесів морбідний маршрут, окрім ревматологічного, набуває нових напрямків: до кардіолога, ендокринолога, судинного хірурга, уролога, гастроентеролога, лікарів первинної ланки, а частота госпіталізацій зазначених профілів переважала над ревматологічною, інтенсивність і тривалість медикаментозного навантаження навіть в амбулаторному режимі мимоволі погіршує комплаєнс антиподагричної терапії, що сприяє прогресуванню подагри. Саме на цій стадії при лікуванні коморбідних захворювань, особливо які зумовлюють високий кардіоваскулярний ризик, спостерігали медикаментозно-індуковані рецидиви подагри від застосування пентоксифіліну, рибоксину, АТФ, діуретиків, рідше — ацетилсаліцилової кислоти в низьких дозах. Зазначимо, що застосо-

вані лікарські засоби включені в стандарти лікування при коморбідній патології відповідного профілю. Нами також зафіксована активація подагри у 2 хворих із 7, які тривало лікувалися препаратом адеметіоніну з приводу хронічного гепатиту в гастроентеролога. У зазначених випадках виявлена спадкова схильність до подагри. Не знайдено відповіді, чому інші хворі перенесли лікування препаратом адеметіоніну добре. Але найчастіше грішили застосуванням подагроактивуючих лікарських засобів лікарі первинної ланки медичної допомоги.

Отже, багатовекторність морбідного маршруту на цій стадії таїть в собі загрозу медикаментозно-індукованих рецидивів подагри від необізнаності лікарів інших фахів в існуванні цієї небезпеки при лікуванні хворого на подагру з високим коморбідним фоном.

Певні особливості перебігу подагри та полі- і коморбідного фону у хворих на подагру чоловіків відзначено і після 65-річного віку. Попри подальше прогресування явищ полі- і коморбідності, відображається вплив зміни соціально-економічного статусу, наявності вільного часу пенсіонерів для самоосвіти, належного виконання лікарських рекомендацій, особливо щодо дієти та лікування, контролю за станом здоров'я, зменшення психофізичного навантаження, економічні причини. Серцево-судинна чи ендокринна патологія стають визначальними напрямками лікування; подагра та первинний остеоартроз стають спільною проблемою в лікуванні; гастроентерологічна патологія набуває ішемічного компонента, серцево-судинні засоби є однією із складових їх лікування на додаток до замісної та симптоматичної терапії.

У жінок (27 осіб) подагра виявлялася зазвичай у віці після 55–60 років на стадії хронічного подагричного артриту, на фоні значного поліморбідного і коморбідного фону як з боку серцево-судинної (у 23 (85,18%) осіб) — переважно в контексті метаболічного синдрому, так і патології травної системи (20 (74,1%) осіб) — із домінуючим ураженням гепатобіліарної системи та підшлункової залози, часто в поєднанні з первинним остеоартрозом (17 (62,96%) осіб). Нерідко хворі лікувалися в терапевтичних стаціонарах вторинної ланки медичної допомоги з приводу первинного остеоартрозу чи кардіальної патології. Серед лікарських засобів, що застосовувалися за попередні 5 років до встановлення діагнозу подагри, часто відзначали діуретики у складі гіпотензивних засобів. Можна певною мірою говорити про пізню діагностику подагри, оскільки з моменту встановлення діагнозу через 2–5 років виявляли тофуси, раннє ураження нирок за типом сечокам'яної хвороби, ускладненої вторинним піелонефритом. Метаболічний синдром проявлявся ожирінням вищого ступеня, ІХС з домінуванням кардіосклерозу з різними порушеннями провідності, збудливості міокарда та серцевої недостатності II–III функціонального класу, цукрового діабету II типу (7 (25,4%) осіб), стеатогепатозу, калькульозного холециститу (25,9%). Подагрична нефропатія часто супроводжувалася помірним анемічним син-

дромом (8 (29,63%) осіб). Поліморбідний фон у жінок, особливо ураження серцево-судинної системи, формувався за 7–10 років до виявлення подагри та був основною причиною звернення до кардіолога, гастроентеролога, пізніше — ендокринолога, включаючи стаціонарне лікування. У первинній медичній документації при комплексному обстеженні у 19 із 27 осіб визначали концентрацію сечової кислоти та в усіх випадках рівень її не перевищував значень 320–360 мкмоль/л.

Гіперурикемія спостерігалася в період загошення у 86 (88,66%) чоловіків та 25 (92,6%) жінок, при цьому рівень її у жінок зазвичай був на 20–35 мкмоль/л нижчим, ніж у чоловіків, хоча клінічні прояви подагри у жінок вирізнялися більшою системністю. Гіперхолестеринемія була притаманна 83 (85,6%) чоловікам і 23 (85,18%) жінкам, гіпертригліцеридемія — відповідно 88 (90,72%) та 25 (92,6%) випадкам.

Окрім вищенаведеного, поліморбідний фон у жінок доповнювали такі супутні захворювання, як аднексит, інші гінекологічні хвороби, ураження шкіри, які не мали ніякого впливу на виникнення, перебіг та лікування подагри.

Отже, у жінок артеріальна гіпертензія, ІХС, ожиріння, інсулінорезистентність, чи цукровий діабет II типу, стеатогепатоз у сенсі метаболічного синдрому до появи гіперурикемії та подагричних уражень суглобів і органів не є коморбідними з подагрю захворюваннями в загальноприйнятому понятті, а скоріш такими, при яких окремі лікарські засоби можуть сприяти формуванню та прогресуванню подагри. Це підтверджує відомий факт значення естрогенів у жінок щодо впливу на метаболізм пуринів у репродуктивний та постменопаузальний періоди. Тому в аспекті ранньої діагностики подагри у жінок у менопаузальний період лабораторно доцільно відстежувати появу гіперурикемії. Саме з моменту виявлення гіперурикемії на фоні метаболічного синдрому у жінок важливо звернути увагу на посилюючий вплив цього поєднання на підвищення рівня кардіоваскулярного ризику. Ці особливості подагри, коморбідності та поліморбідності зумовлюють суттєві складнощі в побудові стратегії лікування основної та коморбідних недуг, реалізації стандартів лікування згідно з відповідними протоколами за основним захворюванням. На можливість виникнення протиріч у подібних ситуаціях та потребу подальших наукових пошуків у цьому напрямку вказують вітчизняні та зарубіжні вчені (van Weel С., Schellevis F.G., 2006; Dawes M., 2010; Coughney G.E., Roughead E.E., 2011; Беялов Ф.И. 2012; Фадєєнко Г.Д. та співавт., 2013; Шуба Н.М., 2013).

Отже, за даними нашого дослідження можна констатувати таке: зі збільшенням віку осіб та давності, тяжкості подагри відзначається зростання поліморбідності. З поліморбідних станів доцільно виділяти коморбідні патологічні процеси та хвороби, які мають спільні з подагрю етіопатогенетичні ланки розвитку у вигляді метаболічного синдрому; не пов'язані прямими патогенетичними зв'язками, але за причинно-наслідковими взаємозв'язками є

обмежувачами реалізації протиподагричної терапії та потребують додаткових лікувально-профілактичних заходів — це набуті раніше чи медикаментозно-індуковані ураження системи травлення; вікове нашарування первинного остеоартрозу як додаткового, пізнього коморбідного з подагрю стану, та випадкові, незалежні та не обмежуючі лікування подагри хвороби, такі як бронхіт, простатит, аднексит, хвороби шкіри тощо.

Лікування подагри в пацієнтів із поліморбідним, особливо коморбідним фоном є не просто складним: необхідно враховувати подагрюпровокуючу дію деяких лікарських засобів із приводу лікування коморбідної патології. Такий підхід сприятиме формуванню у лікаря нового рівня патогенетичного мислення, оцінці взаємозв'язку між хворобами, вдосконаленню лікування подагри та коморбідних процесів, запобіганню можливим ускладненням і побічним ефектам від лікарських засобів.

## ВИСНОВКИ

1. Зі збільшенням тривалості, тяжкості перебігу подагри та віку хворих зростає поліморбідність пацієнта, з якої прогностично і в лікувально-профілактичному аспектах доцільно виділяти коморбідні, що значно підвищують кардіоваскулярний ризик (мають спільні з подагрю етіопатогенетичні корені — метаболічний синдром), зворотні причинно-наслідкові зв'язки (хвороби органів травлення), що підвищують гастроінтестинальні ризики і є обмежувачами реалізації протиподагричної терапії, та випадкові супутні захворювання, наявність яких не впливає на розвиток подагри та її лікування.

2. Подагра у жінок формується переважно в постменопаузальний період, її перебіг відбувається на значному поліморбідному і коморбідному фоні з високими кардіоваскулярним і гастроінтестинальним ризиками.

3. Згідно із значною частотою та прогресуванням метаболічного синдрому у хворих на подагру цей контингент доцільно виокремлювати у групу високого ризику розвитку судинних подій та внести корекцію щодо лікувального процесу та способу життя.

## ПЕРСПЕКТИВА ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Постає проблема пошуку лікарських засобів багатоцільової, поліорганної, системної дії, які б належно впливали на наявні у хворих на подагру коморбідні та супутні захворювання, їх апробації та вивчення ефективності.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

- Беловол А.Н., Князькова И.И.** (2013) Подагра и артериальная гипертензия. Здоров'я України, 15–16(316–317): 15–17.
- Беялов Ф.И.** (2012) Лечение внутренних болезней в условиях коморбидности. РИО ИГМАПО, Иркутск, 293 с.
- Бильченко А.В.** (2009) Гиперурикемия как фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и смертности. Здоров'я України, 10(1): 46–48.
- Волошин О.І., Доголіч О.І., Волошина Л.О. та ін.** (2012) Вікові і статеві аспекти коморбідної та супутньої патології у хворих

на подагру (ретроспективне дослідження). Буковин. мед. вісн., 16, 2(62): 20–23.

**Ильина А.Е., Барскова В.Г., Насонов Е.Л.** (2009) Подагра, гиперурикемия и кардиоваскулярный риск. Науч.-практ. ревматол., 1: 56–62.

**Коваленко В.М., Шуба Н.М. (ред.)** (2013) Національний підручник з ревматології. МОРИОН, Київ, с. 497–510.

**Коломоєць М.Ю., Вашеняк О.О.** (2012) Коморбідність і поліморбідність у терапевтичній практиці. Укр. мед. часопис, 5(91): 140–143.

**Проценко Г.О., Бойчук Н.С.** (2007) Моніторинг тривалого лікування хворих на подагру. Укр. ревматол. журн., 4 (30): 30–33.

**Свінцицький А.С.** (2013) Сучасні погляди на діагностику та лікування подагри. Здоров'я України. Тем. номер Ревматологія, лютий, с. 70–73.

**Фадєєнко Г.Д., Гріднєв О.Є., Несен А.О. та ін.** (2013) Коморбідність і високий кардіоваскулярний ризик – ключові питання сучасної медицини. Укр. терапевт. журн., 1: 102–107.

**Шуба Н.М.** (2013) Гиперурикемия – мультиморбидная патология в ревматологии. Укр. ревматол. журн., 2(52): 14–21.

**Яременко О.Б., Микитенко А.М.** (2013) Подагра и гиперурикемия: что нового? Therapia, 2(77): 11–18.

**Campbell-Scherer D.** (2010) Multimorbidity: a challenge for evidence – based medicine. Evid. Based Med., 15(6): 165–166.

**Caughey G.E., Roughead E.E.** (2011) Multimorbidity research challenges: where to go from here? J. Comorbidity, 1: 8–10.

**Dawes M.** (2010) Co-morbidity: we need a guideline for each patient not a guide – line for each disease. Fam. Practice, 27(1): 1–2.

**Doherty M.** (2009) New insights into the epidemiology of gout. Rheumatology, 48: 112–118.

**Inokuchi T.** (2010) Increased Frequency of metabolic syndrome and its individual metabolic abnormalities in Japanese patients with primary gout. J. Clin. Rheumatol., 16(3): 109–112.

**Marengoni A., Angeleman S., Fratiglioni L.** (2011) Prevalence of disability according to multimorbidity and disease clustering: a population-based study. J. Comorbidity, 1(1): 11–18.

**Meraer S.W., Gunn J., Wyke S.** (2011) Improving the health of people with multimorbidity: the need for prospective cohort studies. J. Comorbidity, 1: 4–7.

**Richette P., Bardin T.** (2010) Gout. Lancet, 375: 318–328.

**Roddy E., Doherty M.** (2010) Epidemiology of gout. Arth. Res. Ther., 12(223): 1–11.

**Safford M.M., Allison J.J., Kiefe C.I.** (2007) Patient complexity: more than comorbidity, the vector model of complexity. J. Gen. Intern. Med., 22(3): 382–390.

**van Weel C., Schellevis F.G.** (2006) Comorbidity and guidelines: conflicting interests. Lancet, 367: 550–551.

**Zhu Y., Pandya V.J., Choi H.K.** (2011) Prevalence of gout and hyperuricemia in the US general population: the national health and nutrition examination survey 2007–2008. Arthritis Rheum., 63(10): 3136–3141.

## ВОЗРАСТНЫЕ И ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМОРБИДНОСТИ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ (ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

**А.И. Волошин, А.И. Доголич,  
Л.А. Волошина**

**Резюме.** В статье приведены результаты проспективного исследования течения подагры в 124 больных в течение 2–3 лет. На ранних стадиях формирования подагры у мужчин в возрасте до 50 лет течение последней происходит преимущественно в форме эпизодов острого подагрического артрита на фоне умеренных артериальной гипертензии, ожирения и приобре-

тенной ранее патологии системы пищеварения: гастрита, гастроудоденита, язвы желудка-кишечного тракта, холецистита. У лиц в возрасте старше 50 лет проявления подагры приобретают признаков хронического подагрического артрита, нефропатии, нефролитиаза, тофусных поражений суставов, нарастает степень коморбидности с дополнением прогрессирующих форм ишемической болезни сердца, сахарного диабета II типа, стеатогепатоза, панкреатита, а после 60 лет – первичного остеоартроза. С прогрессированием коморбидных заболеваний морбидный маршрут больных подагрой приобретает новые направления: к кардиологу, эндокринологу, урологу, сосудистому хирургу, семейному врачу. Лечение у этих специалистов нередко обуславливает медикаментозную провокацию обострений подагры. У женщин подагра проявляется преимущественно после 55–60 лет на фоне высокого полиморбидного и коморбидного состояний и нередко выявляется при лечении по поводу кардиологической, эндокринной или иной патологии. Авторы предлагают выделять коморбидные заболевания, имеющие общие с подагрой патогенетические звенья и повышающие уровень кардиоваскулярного риска, которые ограничивают реализацию противоподагрической терапии и обуславливают повышенный гастроинтестинальный риск, и сопутствующие заболевания, не влияющие на течение и лечение подагры.

**Ключевые слова:** подагра, коморбидность, полиморбидность, диагностика.

## AGE AND GENDER ASPECTS OF COMORBIDITY AND CONCOMITANT PATHOLOGY FORMATION IN PATIENTS WITH GOUT (PROSPECTIVE EXAMINATION)

**O.I. Voloshyn, O.I. Dogolich, L.O. Voloshyna**

**Summary.** The article presents the results of a prospective examination of gout course in 124 patients during the period from 2 to 3 years. At early stages in men before 50, gout is found to develop prevalently in the form of episodes of acute gout arthritis against moderate degrees of arterial hypertension, obesity and acquired earlier pathology of the digestive system: gastritis, gastroduodenitis, ulcerous disease, cholecystitis. At the age over 50 the signs of gout are changed into chronic gout arthritis with accurate symptoms of nephropathy, nephrolithiasis, tophus lesions of joints, the degree of comorbidity increases complemented with progressing forms of ischemic heart disease, type II diabetes, steatohepatosis, pancreatitis, and after the age of 60 – primary osteoarthritis. With progressing comorbid diseases morbidity of patients with gout acquires new directions: visiting cardiologists, endocrinologists, urologists, angiosurgeon, and family doctor. It is the treatment prescribed by these professionals frequently causing medical provo-

*cation of gout exacerbations. In women gout develops mostly after the age of 55–60 against high multimorbid and comorbid grounds, and it is often found during treatment of cardiac, endocrine or other pathology. The authors suggest to single out the comorbid diseases having similar with gout pathogenetic links and causing high cardiovascular risk, and those limiting realization of anti-gout therapy and provoking increased gastrointestinal risk, and those diseases which do not influence upon the course and treatment of gout.*

---

**Key words:** gout, comorbidity, multimorbidity, diagnostics.

**Адреса для листування:**

Волошин Олександр Іванович  
Буковинський державний медичний університет,  
кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб  
E-mail: voloshka3@mail.ru