

ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ДЕФОРМУЮЧИЙ ОСТЕОАРТРОЗ У КОМОРБІДНОСТІ З ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ ТА ХЕЛІКОБАКТЕРІОЗОМ

- А. Л. Лоскутов, к. мед. н., асист. каф. терапії ФПО
І. В. Лоскутова, д. мед. н., проф., зав. каф. терапії ФПО
Н. В. Мацюх, асист. каф. терапії ФПО

- ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне

Серед механізмів розвитку деформуючого остеоартрозу (ДОА) превалюють дегенеративні та дистрофічні зміни в суглобі. В експерименті доведена роль атеросклерозу у розвитку ДОА, оскільки через контрольний час відмічалася зростання холестерину (ХС) та ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) у крові та синовіальній оболонці [15].

Обмеження фізичної працездатності пацієнтів з ДОА має тісний зв'язок з коморбідними процесами, зокрема з захворюваннями системи травлення та гепатобіліарної системи (ГБС) [2, 4, 5, 6, 11, 13, 14, 15, 17, 18].

Лікування та реабілітація хворих ДОА проводиться, як правило, в амбулаторних умовах [1, 4, 5, 10]. Найчастіше лікування зводиться до тривалого, іноді багаторічного прийому нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ), хондропротекторів та фізіотерапевтичних методів, а також лікувальної фізкультури. Пригнічуючи продукцію простагландинів з арахідонової кислоти, НПЗЗ ефективно знімають біль, полегшуючи страждання і покращуючи якість життя пацієнта. Однак при тривалому застосуванні НПЗЗ вражають слизову оболонку шлунково-кишкового тракту, викликаючи диспепсію, НПЗЗ-гастропатії, виразки шлунка і дванадцятипалої кишки і небезпечні кровотечі [5, 9, 13, 17]. Водночас лікувальна фізкультура і фізіотерапія хоча і полегшують стан пацієнтів, однак не зупиняють дегенеративні процеси в суглобах.

Тому для відновлення та захисту хрящової тканини від впливу різних фізичних і хімічних факторів пропонуються хондропротектори, які пригнічують втрату протеогліканів. Хондропротектори мають стимулюючий вплив на регенерацію хондроцитів і мають помірну аналгетичну дію. Згідно з опублікованими даними [5, 9, 14], хондропротектори здатні здійснювати модифікуючий вплив на перебіг дегенеративно-дистрофічних захворювань суглобів. Тривалий прийом хондромодуляторів, таких як хондройтин, глюкозамін, у свою чергу, може супроводжуватися нудотою, блюванням, болем у животі та іншими побічними ефектами, ще більш ускладнюючи лікування суглобової патології [1, 3, 4, 9, 17].

Одночасне досягнення аналгезуючого, хондропротекторного та протизапального ефекту можуть спровокувати поліпрагмацію із розвитком побічних реакцій, тому нашу

увагу привернув сучасний препарат рослинного походження – «Сустамар». До складу препарату входить мартинія запашна (*Harpagophytum procumbens*), а найбільш важливими активними інгредієнтами рослини є ірідоїдні глікозиди (гарпагозид, прокумбін, вербаскозид), тритерпени, фенольні кислоти (хлорогенова, корична, кавова), флавоноїди (кверцетин, лютеолін, кемпферол), фітостерини, хінони [12]. Механізм дії екстракту мартинії запашної ґрунтується на інгібуванні утворення простагландинів, тому препарат проявляє протизапальну, хондропротекторну та знеболювальну ефективність одночасно, що сприяє покращанню рухливості суглобів.

У результаті експериментальних та клінічних досліджень [16] встановлена стимулююча активність мартинії запашної на процеси травлення та продукцію жовчі, із нормалізацією холестерину у крові. Препарати з рослини мають детоксикуючу та протимікробну властивості [12, 16].

Мета дослідження дослідити клінічну ефективність та вплив сустамару на ліпідний спектр крові у хворих із деформуючим остеоартрозом у коморбідності хронічними захворюваннями гепатобіліарної системи та хелікобактеріозом.

Матеріали та методи дослідження

Було обстежено 49 хворих із деформуючим остеоартрозом в коморбідності з хронічними захворюваннями гепатобіліарної системи та хелікобактеріозом віком від 39 до 50 років, з яких переважали жінки (28 осіб – 57,1 %). Діагноз встановлювали на підставі критеріїв, рекомендованих Асоціацією ревматологів України (Altman R. et al., 1991). Тривалість ДОА в обстежених пацієнтів становила від 2-х до 10 років (середня тривалість (5,6±2,2) років). У всіх хворих встановлено ідіопатичний варіант дистрофічно-дегенеративного процесу у суглобах: локалізований – у 30 пацієнтів (61,2 %) з ураженням колінного суглобу або тазостегнового, та у решти – поліостеоартроз з ураженням суглобів кистей рук, колінного та тазостегнового. У більшості обстежених (32 осіб – 65,3 %) встановлена II рентгенологічна стадія ДОА (по Kellgren), у 17 хворих (34,7 %) – I стадія. Функціональна недостатність

суглобів (ФНС) I ступеня відмічалася у 30 хворих (61,2 %), у 15 хворих (30,6 %) – ФНС 0 ступеня та у 4 хворих (8,2 %) – ФНС II ступеня. Хворих із наявністю ознак сіновіту у дослідження не включали.

Діагноз хронічної патології ГБС невірусного та неалкогольного генезу було встановлено згідно до Наказу МОЗ України № 826 від 6.11.2014 р. на підставі симптомів, результатів візуалізації з метою визначення структури печінки (ультразвукового дослідження органів черевної порожнини), результатів лабораторного та фізикального обстеження, з обов'язковим урахуванням даних загальноприйнятих біохімічних показників, які характеризують функціональний стан печінки. Серед обстежених у 37 хворих діагностовано неалкогольний стеатогепатит (НАСГ) у стадії стійкої клініко-лабораторної ремісії та у 12 пацієнтів – стеатоз печінки.

Оцінка болю за останній місяць (у спокої та під час руху) проводилася за **візуальною аналоговою шкалою (ВАШ)** від 0 до 10 см (балів), тривалість ранкової скутості рухів (у хв.).

Всі пацієнти, які були під наглядом, розподілені на 2 групи: основна (23 особи) та зіставлення (26 осіб), які рандомізовані за віком, статтю, клініко-рентгенологічним проявом ДОО. Обидві групи хворих, які знаходилися під наглядом, отримували лікування, що включало загальноприйнятий курс медичної реабілітації: фізіотерапія, лікувальна фізкультура, протизапальні засоби (при болях), хондропротектори, а саме в групі зіставлення – терафлекс у середньотерапевтичній дозі і в основній групі – сустамар по 1 табл. двічі на день під час їди. Хондропротектори в обох групах пацієнти приймали протягом 8 тижнів.

Ефективність проведеного лікування ДОО у хворих з хронічними захворюваннями ГБС та хелікобактеріозом оцінювали за ВАШ та тривалістю ранкової скутості рухів.

Всім хворим, які знаходилися під наглядом поряд із загальноклінічними дослідженнями визначали стан ліпідного обміну за наступними показниками: загальний холестерин (ЗХС), ТГ (тригліцериди), ХС ЛПВЩ (ліпопротеїдів високої щільності), ХС ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), ХС ліпопротеїдів дуже низької щільності (ЛПДНЩ). Вміст ХС ЛПНЩ розраховували за формулою W.T. Friedewald:

$$\begin{aligned} \text{ХС ЛПНЩ} &= \text{ЗХС} - (\text{ХС ЛПВЩ} - \text{ТГ}/2,2), \text{ рівень} \\ \text{ХС ЛПДНЩ} &= \text{ЗХС} - \text{ХС ЛПВЩ} - \text{ХС ЛПНЩ}. \end{aligned}$$

Коефіцієнт атерогенності (КА) визначали за формулою: $\text{КА} = (\text{ЗХС} - \text{ХС ЛПВЩ}) / \text{ХС ЛПВЩ}$ [7].

Дослідження титрів антитіл IgG до комплексу антигенів *H. pylori* проведено за допомогою кількісного методу ІФА із використанням набору «ImmunoComb® II Helicobacter pylori IgG» виробництва «ORGENICS LTD» (Ізраїль).

Обстеження хворих та дослідження ліпідного спектра крові проводили в динаміці: до та після (через 13-14 тижнів) лікування.

Математичну обробку отриманих даних проводили з використанням пакетів ліцензійних програм Microsoft Office 2003, Microsoft Excel Stadia 6.1/prof. При цьому враховували основні принципи використання статистичних методів у клінічних дослідженнях [8].

Результати дослідження та їх обговорення

Клінічна характеристика обстежених хворих із коморбідним перебігом дистрофічно-дегенеративного процесу у суглобах та хронічними захворюваннями ГБС на фоні хелікобактеріозу характеризувалася больовим синдромом у спокої, але частіше під час руху, а також обмеженим обсягом рухів в уражених суглобах (табл. 1). Вираженість больового синдрому у спокою в основній групі коливалася від 4,2 до 6,0 балів (середнє значення $5,3 \pm 0,6$ балів), при чому у більшості обстежених (17 осіб – 73,9 %) біль у спокою характеризувався як помірний (4-4,5 балів). Показник ВАШ під час руху був у діапазоні від 5,0 до 7,8 балів (середнє значення $6,7 \pm 0,8$ балів), тобто характеризувався як сильний. У пацієнтів групи зіставлення больовий синдром у спокої характеризувався як помірний – від 3,8 до 6,0 балів, а під час руху – від 5,1 до 8,0 балів (сильний), а середній показник ВАШ дорівнював $4,9 \pm 0,8$ балів та $6,5 \pm 0,9$ балів відповідно. Всі обстежені хворі із ДОО в коморбідності з хронічними захворюваннями ГБС та хелікобактеріозом скаржилися на ранкову скутість у суглобах протягом 12-20 хв., в основній групі – $13,2 \pm 3,0$ хв. в групі зіставлення – $12,7 \pm 3,1$ хв. Отже, в обстежених хворих перед початком медичної реабілітації відмічалася біль з обмеженням рухів у суглобах, що погіршувало якість життя хворих.

Проведене дослідження ліпідного спектра крові хворих на ДОО в коморбідності з хронічними захворюваннями ГБС при наявності специфічних антитіл до *H. pylori* виявило збільшення рівня ЗХС, ХС ЛПНЩ, ХС ЛПДНЩ,

Таблиця 1

Клінічна ефективність профілактичного лікування ДОО у хворих із хронічними захворюваннями ГБС та хелікобактеріозу (M±m)

	Основна група (n=23)		Група зіставлення (n=26)		P
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування	
ВАШ у спокої, см	5,3±0,6	2,7±0,4***	4,9±0,8	2,9±0,3***	> 0,5
ВАШ під час руху, см	6,7±0,8	3,9±0,5***	6,5±0,9	4,3±0,7**	> 0,5
Ранкова скутість, хв.	13,2±3,0	4,9±1,2**	12,7±3,1	5,3±1,0**	> 0,5

Примітка: P – вірогідність різниці показників обчислена між показником основної групи та групою зіставлення після лікування; вірогідність різниці між показником у групі до та після лікування: ** – P<0,01, *** – P<0,001

Динаміка ліпідного спектра крові в ході лікування хворих на ДОО у коморбідності з хронічними захворюваннями ГБС та хелікобактеріозом (M±m)

Показник	Норма	Термін обстеження	Основна група, (n=23)	Група зіставлення, (n=26)	P
ЗХС, ммоль/л	4,55±0,38	до лікування	6,1±0,3***	6,2±0,4***	> 0,05
		після лікування	5,0±0,3	6,0±0,3***	< 0,01
ХС ЛПВЩ, ммоль/л	1,34±0,11	до лікування	1,02±0,09**	1,07±0,1	> 0,5
		після лікування	1,22±0,13	1,10±0,09	> 0,1
ХС ЛПНЩ, ммоль/л	2,65±0,18	до лікування	4,17±0,21***	4,27±0,23***	> 0,05
		після лікування	2,96±0,15	4,17±0,19***	< 0,001
ХС ЛПДНЩ, ммоль/л	0,56±0,02	до лікування	0,91±0,08***	0,86±0,09***	> 0,05
		після лікування	0,64±0,07	0,73±0,07	> 0,5
ТГ, ммоль/л	1,24±0,19	до лікування	2,0±0,12***	1,9±0,13***	> 0,5
		після лікування	1,4±0,14	1,7±0,11	> 0,05
КА	2,40±0,18	до лікування	5,0±0,2***	4,8±0,3***	> 0,1
		після лікування	2,6±0,1	4,5±0,2***	< 0,001

Примітка: P – вірогідність різниці показників обчислена між показником основної групи та групою зіставлення; вірогідність різниці між середнім показником у групі та нормою ** – P<0,01, *** – P<0,001

ТГ на фоні зменшення ХС ЛПВЩ у порівнянні із референтною нормою (табл. 2).

Рівень ЗХС у крові хворих основної групи становив у середньому (6,1±0,3) ммоль/л, у групі зіставлення – (6,2±0,4) ммоль/л (при нормі (4,55±0,38) ммоль/л; P<0,001), із коливаннями показника у діапазоні 5,3-7,9 ммоль/л в обох групах. Концентрація ХС ЛПВЩ у пацієнтів основної групи зменшувалася в 1,31 рази (при нормі (1,34±0,11) ммоль/л; P<0,001), в групі зіставлення – в 1,25 рази (P<0,001), а коливання показника в були в межах 0,9-1,12 ммоль/л та 0,94-1,15 ммоль/л відповідно. В обстежених хворих основної групи вміст ХС ЛПНЩ був вище норми в 1,57 рази (при нормі (2,65±0,18) ммоль/л; P<0,001), а в групі зіставлення – в 1,61 рази (P<0,001), із розбіжністю від 3,6 до 5,1 ммоль/л. Рівень ХС ЛПДНЩ у хворих на ДОО у поєднанні з хронічними захворюваннями ГБС та хелікобактеріозом в основній групі дорівнював (0,91±0,08) ммоль/л (при нормі (0,56±0,02) ммоль/л; P<0,001), із розбіжностями 0,6 ммоль/л – 1,1 ммоль/л. В групі зіставлення ХС ЛПДНЩ складав у середньому (0,86±0,09) ммоль/л (P<0,001) у діапазоні коливання 0,6-1,0 ммоль/л.

Індекс атерогенності у пацієнтів основної групи, хворих на ДОО у поєднанні із захворюваннями ГБС на фоні хелікобактеріозу, у середньому становив 5,0±0,2 і в групі зіставлення – 4,8±0,3 (P>0,1 між групами хворих). В обох групах обстежених значення КА перевищувало норму у середньому в 2,08 рази та вдвічі відповідно (при нормі 2,4±0,18; P<0,001).

Рівень ТГ у крові хворих основної групи, із дистрофічно-деструктивними процесами у суглобах у поєднанні з хронічними захворюваннями ГБС та хелікобактеріозом, збільшувався в 1,61 рази (при нормі (1,24±0,19) ммоль/л; P<0,001), а розбіжності показника – від 1,2 до 2,6 ммоль/л. Концентрація ТГ в групі зістав-

ленні зростала в 1,53 рази (P<0,001), а розбіжності від 1,2 ммоль/л до 2,0 ммоль/л.

Отже, при ДОО у коморбідному перебігу з хронічними захворюваннями ГБС та хелікобактеріозом встановлена дисліпідемія у крові з надлишковим утворенням ТГ і синтезом ХС ЛПДНЩ, тобто формування атерогенної дисліпідемії зі зниженням антиатерогенних ХС ЛПВЩ. Розвиток дисліпідемії закріплено на рівні дисфункції печінки, яка характерна для НАСГ із формуванням фіброзу та цирозу печінки.

Динамічне спостереження дозволило встановити позитивний клінічний ефект від курсу медичної реабілітації в обох групах хворих із ДОО в коморбідності з хронічними захворюваннями ГБС та хелікобактеріозом. В ході диспансерного спостереження повторне обстеження пацієнтів обох груп (після завершення лікування) виявило зменшення больового синдрому та ранкової скутості рухів, що покращувало емоційний стан хворих і сприяло відновлюванню якості життя обстежених. В групі хворих, які отримували суштамар (після завершення лікування) зникнення болю у спокої відмічено у 19 пацієнтів (82,6%), зменшення больового синдрому під час руху – у 16 пацієнтів (69,6%), ранкова скутість у суглобах (до 10 хв.) – у 17 пацієнтів (73,9%). У групі зіставлення (пацієнти лікувалися загальноприйнятими засобами) відсутність больового синдрому у спокої відмічалася у 20 осіб (76,9%) і під час руху – у 18 осіб (69,2%), тривалість ранкової скутості до 10 хв. – у 19 осіб (73,1%). Отже вірогідно різниці клінічної ефективності між групами не виявлено.

Так, показники ВАШ (у спокої) після завершення лікування в основній групі дорівнювали (2,7±0,4) балів та ВАШ (під час рухів) – до (3,9±0,5) балів, тобто нижче початкового значення майже вдвічі (P<0,001) та в 1,72 рази (P<0,001) відповідно. Тривалість ранкової скутості у

суглобах становила у середньому (4,9±1,2) хв., тобто була в 2,69 рази (P<0,01) коротшою. У групі зіставлення при повторному обстеженні показник ВАШ (у спокої) дорівнював у середньому (2,9±0,3) балів, що менше вихідного значення в 1,69 рази (P<0,001); рівень ВАШ (під час руху) зменшився в 1,56 рази (P<0,01), що становило у середньому (4,3±0,7) балів. Відмічалось покращання рухливості в уражених суглобах зранку, оскільки тривалість скутості у суглобах дорівнювала (5,3±1,0) хв., тобто скорочувалася в 2,4 рази (P<0,01) (табл. 1).

Отже, в результаті тривалого (8 тижнів) застосування сустанару у хворих на ДОО в коморбідному перебігу із хронічними захворюваннями ГБС та хелікобактеріозом параметри болю по ВАШ змінювалися досить наочно. Відзначалася також позитивна динаміка показників загального функціонального стану суглобів.

Під впливом проведеної терапії із застосуванням сустанару в основній групі хворих спостерігалось відновлення ліпідного обміну, що виражалось вірогідним зниженням рівня ТГ, ХС ЛПДНЩ та підвищенням рівня ХС ЛПВЩ, тобто проявлялось також зменшенням атерогенних та збільшенням неатерогенних типів ліпідів у крові. При повторному дослідженні (після завершення лікування) рівень ЗХС знизився до (5,0±0,3) ммоль/л, тобто в 1,22 рази відповідно до початкового рівня (P<0,05), при цьому досягав верхньої межі норми. Вміст ХС ЛПНЩ у хворих основної групи зменшився до (2,96±0,15) ммоль/л, тобто в 1,41 рази (P<0,05 відносно до початкового значення), однак був вище норми в 1,12 рази (P>0,5). Концентрація ХС ЛПДНЩ зменшувалась в 1,42 рази (P<0,05), що досягало (0,64±0,07) ммоль/л, хоча була вище норми в 1,14 рази (P>0,1). Водночас відмічалось зростання рівня ХС ЛПВЩ до (1,22±0,13) ммоль/л (P<0,05), що невірогідно відрізнялося від норми. Рівень ТГ вірогідно зменшувався щодо початкового рівня (в 1,43 рази; P<0,05), при цьому становив у середньому (1,4±0,14) ммоль/л (P<0,05 відносно норми) (табл. 1).

Менш значні зміни відбулися у хворих групи зіставлення. У хворих на ДОО у коморбідному перебігу з хронічними захворюваннями ГБС та хелікобактеріозом, які приймали загальноприйнятну терапію, ліпідний спектр вірогідно від початкових значень не відрізнявся. Так, ЗХС становив у середньому (6,0±0,3) ммоль/л (P<0,01 в порівнянні з основною групою), ХС ЛПНЩ – (4,17±0,19) ммоль/л (P<0,001), ХС ЛПДНЩ – (0,73±0,07) ммоль/л (P>0,05), ТГ - до (2,13±0,21) ммоль/л (P>0,05), що вірогід-

но відрізнялося від норми. Вміст ХС ЛПВЩ підвищувався до (1,10±0,09) ммоль/л (P>0,1), (табл. 2). Індивідуальний аналіз показав, що в основній групі після лікування відновлення ліпідного спектру крові спостерігалось у 3 пацієнтів (13,0%), в групі зіставлення – у жодного.

Диспансерне спостереження протягом 1 року довело, що в основній групі було в 2,5 рази менше випадків загострення дистрофічно-дегенеративного процесу в суглобах при коморбідному перебігу з хронічними захворюваннями ГБС та хелікобактеріозом. Причому тривалість клінічної ремісії ДОО більше 6-ти місяців відмічалась у 11 хворих (47,8 %) основної групи та у 8 пацієнтів (30,8 %) групи зіставлення. У решти обстежених клінічна ремісія дистрофічно-дегенеративного процесу у суглобах тривала менше 3-х місяців, що потребувало повторних курсів медичної реабілітації.

Таким чином, включення сустанару до комплексу медичної реабілітації ДОО в коморбідності з хронічними захворюваннями ГБС та хелікобактеріозом дозволяє не лише покращити якість життя хворих (зменшувало больовий синдром, усувало ранкову скутість у суглобах), а й відновлювало ліпідний спектр крові, що сприяло подовженню тривалості ремісії захворювання суглобів.

Висновки

1. Застосування сустанару в комплексі медичної реабілітації хворих на деформуючий остеоартроз у коморбідності із захворюваннями гепатобіліарної системи та хелікобактеріозі вірогідно поліпшувало клінічну симптоматику дистрофічно-дегенеративного процесу у суглобах – зменшувало больовий синдром у спокої та під час рухів, відновлювало рухливість хворого, що покращувало його якість життя.

2. Призначення препаратів рослинного походження з мартинії запашної пацієнтам із дистрофічно-дегенеративними процесами у суглобах у поєднанні з хронічними захворюваннями гепатобіліарної системи при наявності специфічних антитіл класу G до H. pylori сприяло відновленню ліпідного спектра крові – зменшення вмісту атерогенних (ХС ЛПНЩ та ХС ЛПДНЩ) та збільшення антиатерогенних (ХС ЛПВЩ) фракцій, що подовжувало тривалість клінічної ремісії деформуючого остеоартрозу.

3. У подальшому планується дослідити імуномодулюючий ефект сустанару при деформуючому остеоартрозі у пацієнтів із наявністю хронічної патології печінки та хелікобактеріозу.

Література

1. Буряк И. С. Остеоартроз как комплексная проблема: взгляд практикующего ревматолога / И. С. Буряк, К. Ю. Волков // Русс. мед. журн. Мед. обоз. – 2015. – Т. 23, №25. – С. 1487-1490.
2. Васильева Л. В. Остеоартроз и метаболический синдром – современное видение проблемы / Л. В. Васильева, Д. И. Лахин // Вест. новых

мед. технол. – 2012. – Т. 19, № 4. – С. 40-43.

3. Власенко А. Остеоартроз: современное состояние проблемы // Врач. – 2016. – № 10. – С. 2-7.

4. Замятина Е. А. Остеоартроз: ведение пациентов с учетом коморбидности и приверженности к лечению / Е. А. Замятина, Г. Г. Баги-

рова, В. В. Цурко // *Практик. врач сегодня*. – 2014. – № 2-3. – С. 21-31.

5. Зонина Е. В. Остеоартроз. выбор безопасной тактики лечения пациента с коморбидностью // *Эффектив. фармако.* – 2014. – № 56. – С. 18-23.

6. Кабалык М. А. Остеоартроз и коморбидность: распространённость и классификация / М. А. Кабалык, К. И. Сильванович, А. А. Халиман // *Молодой ученый*. – 2016. – № 10 (114). – С. 500-503.

7. Канева А. М. Индексы липидного обмена: информативность и клиническое значение при оценке атерогенности липидного профиля крови / А. М. Канева, Е. Р. Бойко // *Мед. академ. журн.* – 2017. – Т. 17. № 1. – С. 41-50.

8. Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабиц П. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel: монография. Киев: Морион. – 2000. – 320 с.

9. Олюнин Ю. А. Остеоартроз: современные принципы лечения и предпосылки для разработки персонализированной терапии // *Современ. ревматол.* – 2016. – Т. 10, № 3. – С. 81-86.

10. Пилипович А. А. Остеоартроз: патогенетические и терапевтические аспекты // *РМЖ*. – 2016. – Т. 24, № 7. – С. 464-468.

11. Саторов С. *Helicobacter pylori* и хеликобактериоза: монография. Новосибирск: ООО «Центр развития научного сотрудничества». – 2015. – 96 с.

12. Савустьяненко А. В. Эффективность экстракта мартинии душистой (сустамар) при остеоартритах, поясничной боли и фибромиалгии: обзор исследований // *Боль. Суставы. Позвоночник*. – 2014. – № 3(15). – С. 45-53.

13. Чичасова Н. В. Остеоартроз и коморбидность: проблема выбора нестероидных противовоспалительных препаратов // *Фарматека*. – 2015. – № 19 (312). – С. 7-13.

14. Широкова Л. Остеоартроз: современные концепции и роль метаболических нарушений в повреждении суставных компонентов / Л. Широкова М. Мокроусова, С. Симионова, [и др.] // *Врач*. – 2013. – № 10. – С. 8-10.

15. Hoeven T. A. Association of atherosclerosis with presence and progression of osteoarthritis: the Rotterdam Study / T. A. Hoeven, M. Kavousi, S. Clockaerts, [et al.] // *Ann. Rheum. Dis.* – 2013. – № 72(5). – P. 646-651.

16. Mncwangi N. Devil's claw - a review of the ethnobotany, phytochemistry and biological activity of *harpagophytum procumbens* / N. Mncwangi, W. Chen, I. Vermaak, [et al.] // *J. of ethnopharmacol.* – 2012. – № 3(143). – P. 755-771.

17. Van Dijk G. V. Comorbidity, limitations in activities and pain in patients with osteoarthritis of the hip or knee / G. V. Van Dijk, C. Veenhof, S. Schelleviset, [et al.] // *BMC Musculoskelet Disord.* – 2008. – № 9. – P. 95.

18. Vorobjova T. Immune response to *Helicobacter pylori* and its association with the dynamics of chronic gastritis in the antrum and corpus. / T. Vorobjova, H.I. Maaros, R. Uibo // *APMIS*. – 2008. – Vol. 116. № 6. – P. 465-476.

Надійшла до редакції 12.02.2019

УДК 616.24-002+616.12+612.36

DOI:10.33617/2522-9680-2019-1-4

А. Л. Лоскутов, І. В. Лоскутова, Н. В. Мацюх

ЭФЕКТИВНІСТЬ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ДЕФОРМУЮЧИЙ ОСТЕОАРТРОЗ У КОМОРБІДНОСТІ З ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ ТА ХЕЛІКОБАКТЕРІОЗОМ

Ключові слова: деформуючий остеоартроз, коморбідна патологія, сустамар, ліпідний спектр крові.

У хворих на деформуючий остеоартроз у коморбідності із захворюваннями гепатобіліарної системи та хеликобактеріозом у періоді нестійкої клінічної ремісії дистрофічно-дегенеративного процесу у суглобах спостерігається обмеження обсягу та ранкова скрутність рухів в уражених суглобах, помірний і навіть сильний больовий синдром, особливо під час рухів. При лабораторному обстеженні виявлено дисліпідемію зі зростанням атерогенних фракцій, що свідчило про нестабільність патологічного процесу у суглобах. Застосування рослинного препарату сустамар в комплексі медичної реабілітації зменшувало больовий синдром у спокої та під час рухів, що покращувало якість життя обстежених. Препарати з мартинії запашної позитивно впливали на ліпідний профіль крові хворих і подовжували тривалість клінічної ремісії деформуючого остеоартрозу.

А. Л. Лоскутов, И. В. Лоскутова, Н. В. Мацюх

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ДЕФОРМИРУЮЩИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ В КОМОРБИДНОСТИ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ И ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗОМ

Ключевые слова: деформирующий остеоартроз, коморбидная патология, сустамар, липидный спектр крови.

У больных деформирующим остеоартрозом в коморбидности с заболеваниями гепатобилиарной системы и хеликобактериозом в периоде нестойкой клинической ремиссии дистрофически-денеге-

ративного процесса в суставах наблюдается ограничение объема и утренняя скованность движения в пораженных суставах, умеренный и даже сильный болевой синдром, особенно во время движений. При лабораторном обследовании выявлена дислипидемия с ростом атерогенных фракций, что свидетельствовало о нестабильности патологического процесса в суставах. Применение растительного препарата сустамар в комплексе медицинской реабилитации уменьшало болевой синдром в покое и во время движений, что улучшало качество жизни обследованных. Препараты из мартинии душистой положительно влияли на липидный профиль крови больных и пролонгировали длительность клинической ремиссии деформирующего остеоартроза.

L. A. Loskutov, I. V. Loskutova, N. V. Matsyukh

THE EFFECTIVENESS OF MEDICAL REHABILITATION IN PATIENTS WITH DEFORMING OSTEOARTHRITIS IN COMORBIDITY WITH CHRONIC DISEASES OF THE HEPATOBILIARY SYSTEM AND HELICOBACTERIOSIS

Key words: deforming osteoarthritis, comorbid pathology, sustamar, lipid spectrum of blood.

In patients with deforming osteoarthritis in comorbidity with diseases of the hepatobiliary system and helicobacteriosis in the period of unstable clinical remission of the dystrophic-denerative process in the joints, there is a limitation of volume and morning stiffness of movements in the affected joints, moderate and even severe pain, especially during movements. The laboratory examination revealed dyslipidemia with the growth of atherogenic fractions, which testified to the instability of the pathological process in the joints. The use of the herbal medication sustamar in the complex of medical rehabilitation reduced pain at rest and during movements, which improved the quality of life of the examined. Medications from Devil's claw (*Harpagophytum procumbens*) positive effect on blood lipid profile in patients and extended the duration of clinical remission osteoarthritis.

