INJ
МІЖНАРОДНИЙ НЕВРОЛОГІЧНИЙ ЖУРНАЛ
INTERNATIONAL NEUROLOGICAL JOURNAL
МЕЖДУНАРОДНЫЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ
/ORIGINAL RESEARCHES/

УДК 616.832-004.2-06:616.8 *DOI: 10.22141/2224-0713.2.96.2018.130480*

Гичка К.М.
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Характеристика коморбідних захворювань у пацієнтів із розсіяним склерозом залежно від його дебюту

Резюме. *У статті наведено оцінку впливу супутніх захворювань на перебіг розсіяного склерозу (РС) у пацієнтів до та після дебюту цього захворювання. Дослідження проведено шляхом аналізу анамнестичних даних 77 пацієнтів віком від 19 до 58 років. Критерієм включення в дослідження був вірогідний діагноз розсіяного склерозу згідно з переглянутими критеріями McDonald 2010, що поєднувався хоча б з одним коморбідним захворюванням. Статистична обробка даних виконувалася за допомогою програм Microsoft Excel та Statistica. Провели порівняння показників між групами згідно з критерієм Стьюдента та кореляційний аналіз із розрахунком лінійного коефіцієнта кореляції Пірсона. Встановлено вірогідну відмінність між віком на момент дебюту РС ($t = 2,63$; $p < 0,05$), віком на момент виникнення супутнього захворювання ($t = 2,14$; $p < 0,05$), тривалістю РС ($t = 3,37$; $p < 0,01$) та тривалістю коморбідного захворювання ($t = 4,61$; $p < 0,01$) у пацієнтів, у яких коморбідна патологія з'явилася до дебюту РС, та пацієнтів, у яких супутнє захворювання констатовано через певний час після дебюту РС. У хворих, в яких коморбідна патологія виникла після дебюту РС, середній бал за шкалою EDSS становив 3,49 ± 0,14 та виявився вищим на 17,9 % ($t = 2,25$; $p < 0,05$) порівняно з групою пацієнтів, в яких коморбідне захворювання виникло до дебюту РС, — 2,96 ± 0,19 бала.*

Ключові слова: *коморбідність; розсіяний склероз; супутні захворювання*

Вступ

Розсіяний склероз (РС) є автоімунним захворюванням центральної нервової системи, що характеризується ушкодженням мієлінової оболонки та дегенерацією аксонів [1]. У світі налічується понад 3 млн хворих на РС і відзначається тенденція до зростання його поширеності й інвалідизації, особливо в осіб молодого віку [2–5].

У пострадянській науковій літературі для визначення стану, що характеризується наявністю декількох захворювань, які мають як гострий, так і хронічний перебіг, використовують терміни «поєднана патологія», «комбінована патологія», «супутні захворювання та стани» або «асоційовані захворювання та стани» [6, 7].

В англомовній науковій літературі частіше застосовуються терміни «коморбідні захворювання» або «коморбідні стани» (comorbid diseases, comorbid conditions). Термін «коморбідність» (comorbidity) використовують для визначення одночасного ураження двох органів чи систем організму або ж за наявності двох захворювань. Коли фіксується більше трьох захворювань, застосовують термін «мультиморбідність» (multimorbidity) [8, 9].

У разі поєднання супутньої патології та РС відзначається зростання темпів його прогресування. Потребує детального вивчення питання впливу коморбідної патології на патогенез та перебіг РС [10]. Тому є доцільним й актуальним проведення подальших досліджень щодо з'ясування механізмів впливу коморбідної патології на перебіг РС. Вимагають уваги аналіз ранніх симптомів та визначення факторів прогресування цього захворювання.

© «Міжнародний неврологічний журнал» / «Международный неврологический журнал» / «International Neurological Journal» («Meždunarodnyj nevrologičeskij žurnal»), 2018
© Видавець Заславський О.Ю. / Издатель Заславский А.Ю. / Publisher Zaslavsky O.Yu., 2018

Для кореспонденції: Гичка Катерина Миколаївна, кафедра неврології, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, вул. Пекарська, 69, м. Львів, 79010, Україна; e-mail: katerunapyhur@gmail.com
For correspondence: Kateryna Hychka, Department of neurology, Danylo Halytskyi Lviv National Medical University, Pekarska st., 69, Lviv, 79010, Ukraine; e-mail: katerunapyhur@gmail.com

Згідно з даними сучасних досліджень, коморбідність призводить до взаємного обтяження захворювань, сприяє поглибленню тяжкості стану пацієнтів і формуванню несприятливого прогнозу, погіршує якість життя пацієнтів, а також збільшує смертність [11–16]. Дослідження особливостей розвитку РС за умови коморбідної патології, модифікації його перебігу, визначення чинників, що сприяють загостренню або прогресуванню РС, і способів запобігання їм мають наукове та практичне значення та є перспективним напрямком для розробки методів діагностики та лікування РС.

Матеріали та методи

Подана робота була виконана на кафедрі неврології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького та у Львівському обласному науковому центрі з вивчення проблем розсіяного склерозу та інших демієлінізуючих захворювань, що знаходиться на базі Львівської обласної клінічної лікарні.

Дослідження ґрунтувалось на положеннях Гельсінської декларації. Комісією з питань біомедичної етики Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (протокол № 5 від 23 лютого 2017 р.) встановлено, що ця наукова робота відповідає етичним і морально-правовим вимогам згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України № 281 від 01.11.2000 р. Від усіх учасників дослідження було отримано письмову інформовану згоду на участь у дослідженні.

Був здійснений аналіз анамнестичних даних 77 пацієнтів із РС. Критерієм включення в цю роботу був вірогідний діагноз РС, що поєднувався хоча б з одним коморбідним захворюванням. З-поміж аналізованих пацієнтів більшість становили жінки — 62,34 % (n = 48), 37,66 % (n = 29) — чоловіки, що відповідає загальним гендерним особливостям поширення РС у популяції. Загалом в обстежених пацієнтів було діагностовано 133 коморбідні нозології. При статистичній обробці первинних даних застосували програми Microsoft Excel та Statistica. Оскільки в досліджуваних групах застосований гаусівський розподіл, то отримані результати наведені у вигляді середніх арифметичних значень та їх середніх похибок (M ± m). Було проведено порівняння показників між групами згідно з критерієм Стьюдента та кореляційний аналіз із розрахунком лінійного коефіцієнта кореляції Пірсона. Вірогідною вважалася різниця при $p < 0,05$.

Результати та обговорення

Для оцінки впливу супутніх захворювань на перебіг РС порівняли між собою групи пацієнтів, у яких коморбідна патологія виникла до та після дебюту РС (табл. 1).

Виявили вірогідні відмінності між віком на момент дебюту РС ($t = 2,63$; $p < 0,05$), віком на момент виникнення супутнього захворювання ($t = 2,14$; $p < 0,05$), тривалістю РС ($t = 3,37$; $p < 0,01$), тривалістю коморбідного

Таблиця 1. Порівняльна характеристика пацієнтів із коморбідною патологією, що виникла до та після дебюту РС

Ознака	Коморбідне захворювання виникло		t-критерій	p
	до дебюту РС (n = 48)	після дебюту РС (n = 85)		
Чоловіки, % Жінки, %	31,25 ± 6,69 68,75 ± 6,69	36,47 ± 5,22 63,53 ± 5,22	0,62 0,62	> 0,05 > 0,05
Вік (роки), %: — 18–32 — 33–47 — 48–55 — > 56	 35,42 ± 6,90 25,00 ± 6,25 37,50 ± 6,99 2,08 ± 2,06	 38,82 ± 5,29 34,12 ± 5,14 23,53 ± 4,60 3,53 ± 2,00	 0,39 1,13 1,67 0,50	 > 0,05 > 0,05 > 0,05 > 0,05
Вік на момент дебюту РС, роки	32,85 ± 1,81	27,18 ± 1,17	2,63	< 0,05
Вік на момент виникнення коморбідного захворювання, роки	28,10 ± 1,87	32,91 ± 1,25	2,14	< 0,05
Інтервал між дебютом РС та виникненням коморбідного захворювання, роки	5,60 ± 1,14	5,87 ± 0,58	0,21	> 0,05
Середня тривалість РС, роки	7,33 ± 0,91	10,99 ± 0,59	3,37	< 0,01
Середня тривалість коморбідного захворювання, роки	12,10 ± 1,45	5,23 ± 0,35	4,61	< 0,01
Середній бал інвалідизації за шкалою EDSS: — чоловіки — жінки	 2,96 ± 0,19 2,55 ± 0,31 3,02 ± 0,22	 3,49 ± 0,14 3,19 ± 0,21 3,65 ± 0,18	 2,25 1,71 2,22	 < 0,05 > 0,05 < 0,05

захворювання (t = 4,61; p < 0,01) у пацієнтів, у яких коморбідна патологія з'явилася до дебюту РС, та пацієнтів, у яких супутнє захворювання констатовано через певний час після появи перших симптомів цього захворювання. На наш погляд, вказані відмінності обумовлені передусім поділом на аналізовані підгрупи, оскільки природно, що в разі появи коморбідної нозології до РС її перебіг буде тривалішим порівняно з терміном патології, яка виникла після перших проявів РС. Водночас, якщо РС з'явився в старшому віці, то існувала велика ймовірність, що в пацієнта буде більше коморбідних захворювань до появи РС, ніж після його появи.

Натомість привертає увагу вірогідна різниця між показниками інвалідизації за шкалою EDSS між цими двома групами пацієнтів. Так, у пацієнтів, у яких коморбідне захворювання виникло після дебюту РС, середній бал за шкалою EDSS є вищим на 17,9 % (t = 2,25; p < 0,05). У разі виникнення супутнього захворювання після діагностованого РС сума балів за шкалою EDSS є також вірогідно (t = 2,22; p < 0,05) на 20,9 % більшою в жінок, тоді як у чоловіків аналогічна різниця існує, проте вона невірогідна.

Було проведено кореляційний аналіз щодо взаємозв'язку бала EDSS з іншими важливими клінічними параметрами цього захворювання.

Установлено прямий зв'язок середньої сили між віком пацієнтів на момент дебюту РС та балом за шкалою EDSS (r = 0,36; p < 0,05). Тобто чим пізніше виникало захворювання, тим тяжчим був клінічний стан пацієнтів, що виражалося в зростанні їх інвалідизації.

Також виявили прямий зв'язок середньої сили між віком пацієнтів на момент виникнення коморбідного захворювання та середнім балом інвалідизації за шкалою EDSS (r = 0,44; p < 0,05) (рис. 1). Це означає, що поява коморбідного захворювання в старшому віці призводить до більш значимої інвалідизації пацієнтів із РС.

Крім того, було виявлено слабкий прямий кореляційний зв'язок між тривалістю РС та балом шкали EDSS (r = 0,26; p < 0,05), що свідчить про те, що із збільшенням тривалості перебігу РС зростає і середній бал за шкалою EDSS, відповідно, і ступінь інвалідизації пацієнтів.

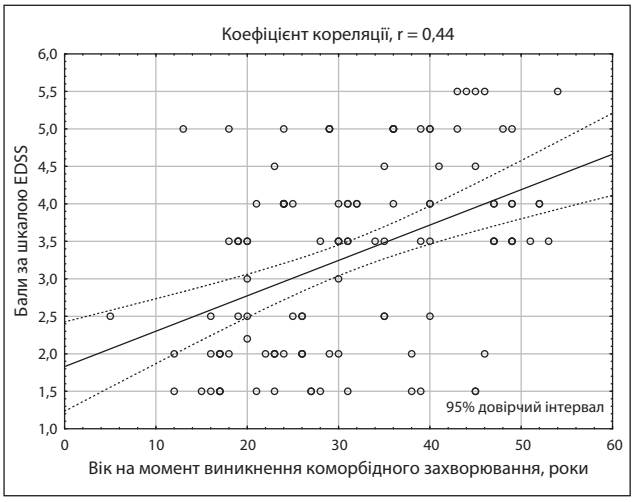

Рисунок 1. Кореляційний зв'язок між віком пацієнтів на момент виникнення коморбідного захворювання та середнім балом за шкалою EDSS

Отримано слабкий прямий зв'язок між кількістю коморбідних захворювань та оцінкою за шкалою EDSS (r = 0,26; p < 0,05). Таким чином, збільшення кількості супутніх соматичних захворювань негативно впливало на перебіг РС в обстеженого контингенту пацієнтів.

Зауважимо, що інтервал між дебютом РС та виникненням коморбідного захворювання в обох групах виявився фактично однаковим — у середньому через 5,60 ± 1,14 року в пацієнтів після діагностики коморбідного захворювання констатували дебют РС. Водночас якщо спочатку діагностували РС, то коморбідну патологію виявляли в середньому через 5,87 ± 0,58 року після дебюту РС.

Установлено, що до дебюту РС в обстежених пацієнтів було діагностовано 30 нозологій, що об'єднуються переважно в сім класів (табл. 2). Водночас класи захворювань із частотою один випадок в аналіз не включалися.

Найбільший інтервал (12,17 ± 3,74 року) між моментом виникнення коморбідного захворювання та

Таблиця 2. Терміни діагностики коморбідних захворювань, що виникли до дебюту РС

Клас	Код за МКХ-10	Інтервал до дебюту РС, роки	Порівняно з класом (E00-E90)	
			t	p
Захворювання системи кровообігу	(I00–I99)	1,25 ± 0,25	2,91	< 0,01
Захворювання органів дихання	J00–J99)	1,88 ± 0,64	2,71	< 0,05
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	(M00–M99)	3,64 ± 1,33	2,15	< 0,05
Вроджені аномалії (вади розвитку), деформації та хромосомні порушення	(Q00–Q99)	5,0 ± 3,0	1,50	> 0,05
Захворювання органів травлення	(K00–K93)	6,25 ± 3,01	1,23	> 0,05
Захворювання сечостатевої системи	(N00–N99)	9,0 ± 8,0	0,36	> 0,05
Захворювання ендокринної системи, розлади харчування і порушення обміну речовин	(E00–E90)	12,17 ± 3,74	–	–

Таблиця 3. Терміни діагностики коморбідних захворювань, що виникли після дебюту РС

Клас	Код за МКХ-10	Інтервал до виникнення коморбідного захворювання, роки	Порівняно з класом N00–N99	
			t	p
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	(M00–M99)	3,17 ± 0,89	2,93	< 0,01
Хвороби нервової системи	(G00–G99)	3,83 ± 1,66	2,38	< 0,05
Новоутворення	(C00–D48)	3,88 ± 0,85	2,68	< 0,05
Захворювання ендокринної системи, розлади харчування і порушення обміну речовин	(E00–E90)	5,50 ± 0,89	2,06	< 0,05
Хвороби вуха і соскоподібного відростка	(H60–H95)	5,67 ± 4,18	1,09	> 0,05
Захворювання органів травлення	(K00–K93)	5,90 ± 1,15	1,84	> 0,05
Захворювання органів дихання	(J00–J99)	6,08 ± 1,13	1,78	> 0,05
Захворювання системи кровообігу	(I00–I99)	6,75 ± 2,49	1,20	> 0,05
Захворювання сечостатевої системи	(N00–N99)	11,00 ± 2,52	–	–

дебютом РС був у пацієнтів із захворюваннями ендокринної системи, розладами харчування і порушенням обміну речовин та вірогідно ($p < 0,05$) перевищував такий термін у пацієнтів із захворюваннями системи кровообігу, дихання, кістково-м'язової системи та сполучної тканини.

З'ясувано, що після дебюту РС у пацієнтів було діагностовано 45 нозологій, які об'єднуються здебільшого в дев'ять класів (табл. 3). Водночас класи захворювань із частотою один випадок в аналіз не включалися.

Як видно з табл. 3, найдовший інтервал до виникнення коморбідного захворювання після дебюту РС спостерігається в пацієнтів, яким діагностували захворювання сечостатевої системи (11,00 ± 2,52 року), що є вірогідно ($p < 0,05$) більшим, ніж при діагностиці хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини, нервової, ендокринної системи, розладів харчування і порушення обміну речовин, а також новоутворень. Крім цього, виявили, що хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини діагностуються після дебюту РС вірогідно ($t = 2,02$; $p < 0,05$) швидше порівняно із захворюваннями органів травлення.

Установлено, що після дебюту РС вузловий зоб діагностувався в чоловіків вірогідно ($t = 5,0$; $p < 0,01$) швидше, ніж у жінок (3,0 ± 0 та 8,0 ± 1,0 року відповідно). Аналогічний висновок можна зробити і щодо появи гіпертонічної хвороби. Терміни діагностики цієї нозологічної одиниці є також вірогідно ($t = 3,0$; $p < 0,05$) коротшими після встановлення діагнозу РС у чоловіків порівняно з жінками (5,0 ± 4,0 та 17,0 ± 0 року відповідно).

Коморбідність, як свідчать дані сучасних досліджень, призводить до взаємного обтяження захворювань, сприяє погіршенню стану пацієнтів із РС та формуванню несприятливого прогнозу [17].

Згідно із даними R.A. Marrie et al. (2011) [18], які дослідили когорту з 8983 хворих на РС у динаміці й аналізували не лише поширеність коморбідної патології при РС, але і вплив супутніх захворювань на перебіг РС, кількість супутньої патології в одного хворого мала тенденцію до значного зростання в міру перебігу РС [18]. Найбільш поширеними супутніми захворюваннями при РС були: артеріальна гіпертензія (3,8 %), бронхолегеневі захворювання (4,9 %), гіперхолестеринемія (2,7 %), анемія (4,3 %), синдром подразненого кишечника (3,5 %). Порівняно з контрольною групою (хворі на РС без супутніх захворювань) середній вік виникнення симптомів РС був вищим у хворих із будь-яким коморбідним захворюванням. Судинні, автоімунні, очні й опорно-рухові супутні захворювання були пов'язані з пізнім віком початку РС [18].

При підвищенні кількості супутніх захворювань вік хворих збільшувався, але в разі патології шлунково-кишкового тракту, навпаки, спостерігалось зменшення віку хворих при збільшенні кількості супутніх захворювань. Ожиріння, психічна коморбідність і захворювання шлунково-кишкового тракту в жінок були пов'язані з рецидивуючим перебігом РС [18].

У роботі M.T. Bazelier et al. (2011) [19] повідомляється, що пацієнти з РС можуть мати підвищений ризик переломів внаслідок більшого ризику падіння та зменшення мінералізації кісток: порівняно з контрольною групою хворі на РС мали майже втричі більший ризик переломів стегна, а ризик розвитку остеопоротичного перелому збільшився в 1,4 раза.

Відповідно до даних R.A. Marrie et al. (2013) [20], які базувалися на великому популяційному дослідженні, проведеному в Канаді в 1984–2005 рр., поширеність ішемічної хвороби серця є значно вищою серед популяції хворих на РС, ніж у загальній популяції, що автори пояснюють збільшенням частоти діабету, артеріальної

гіпертензії, гіперліпідемії у хворих на РС, а також зменшенням у них рівня фізичної активності. У віковому аспекті превалювали показники поширеності ішемічної хвороби серця в осіб віком понад 60 років, хворих на РС, а з урахуванням статевого чинника спостерігався пік поширеності серцевої ішемії у хворих на РС чоловіків віком 20–44 роки [20].

У дослідженні R.A. Marrie et al. (2015) [21], які проаналізували дані 38 досліджень щодо захворюваності та поширеності раку різної локалізації в загальній популяції та в популяції хворих на РС, повідомляється, що загалом незалежно від локалізації ризик раку був меншим при РС, ніж у загальній популяції.

Висновки

Коморбідні захворювання погіршують клінічний стан пацієнтів із РС, підвищуючи бал інвалідизації. У хворих, в яких коморбідне захворювання виникло після дебюту РС, середній бал за шкалою EDSS становив 3,49 ± 0,14 та виявився вищим на 17,9 % ($t = 2,25$; $p < 0,05$) порівняно з групою пацієнтів, у яких воно з'явилося до дебюту РС, де досліджуваний показник становив 2,96 ± 0,19 бала.

Найдовший інтервал (12,17 ± 3,74 року) між моментом виникнення коморбідного захворювання та дебютом РС був у пацієнтів із захворюваннями ендокринної системи, розладами харчування і порушенням обміну речовин.

Після дебюту РС найдовший інтервал до виникнення коморбідного захворювання спостерігався в пацієнтів, яким діагностували захворювання сечостатевої системи (11,00 ± 2,52 року).

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

Список літератури

1. Lassmann H., Brück W., Lucchinetti C.F. The immunopathology of multiple sclerosis: anoverview // Brain Pathol. — 2007. — Vol. 17. — P. 210-8. doi: 10.1111/j.1750-3639.2007.00064.x.

2. Негрич Т.І. Доказова база методів діагностики і лікування розсіяного склерозу / Т.І. Негрич, С.К. Євтушенко, Б.В. Сорокін, М.А. Москаленко // Міжнар. неврологічн. журн. — 2012. — № 5(51). — С. 25-30.

3. Соколова Л.И. К вопросу о современных методах диагностики и лечения рассеянного склероза // Мед. вестник. — 2008. — № 1. — С. 28-32.

4. Волошина Н.П., Левченко І.Л. Фармакоекономічне обґрунтування патогенетичного лікування розсіяного склерозу // Міжнар. неврологічн. журн. — 2006. — № 4. — С. 91-98.

5. Franklin M.A., Happe L.E., Dillman R., Marshal L.Z. Frequency and economic impact of comorbid cardiac conditions with multiple sclerosis l // JMCP. — 2014. — Vol. 20. — № 8. — P. 795-799. doi: 10.18553/jmcp.2014.20.8.795.

6. Белялов Ф.И. Лечение внутренних болезней в условиях коморбидности / Белялов Ф.И. — Иркутск: РИО ИГМАПО, 2012. — 283 с.

7. Козловский В.Л. Дифференцированная фармакотерапия коморбидных тревожных и депрессивных состояний / Козловский В.Л. — СПб.: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2012. — С. 4-6.

8. Campbell-Scherer D. Multimorbidity: a challenge for evidence-based medicine / Campbell-Scherer D. // Evid. Based Med. — 2010. — № 15. — P. 165-166. doi: 10.1136/ebm1154.

9. Comorbid chronic diseases, discordant impact on mortality in older people: a 14-year longitudinal population study / Caughey G.E., Ramsay E.N., Vitry A.I. та ін. // Community Health. — 2010. — № 64. — P. 1036-1042.

10. Свиридова Н.К., Чуприна Г.М. Патогенез, клініка, діагностика та комплексне лікування інсомній різного ґенезу з використанням методів рефлексотерапії / Н.К. Свиридова, Г.М. Чуприна // East European Journal of Parkinson's Disease and Movement Disorders. — 2016. — Vol. 2. — № 1. — P. 26-35.

11. Marrie R.A., Horwitz R.I., Cutter G. et al. Comorbidity delays diagnosis and increases disability at diagnosis in MS // Neurorl. — 2009. — Vol. 72. — P. 117-124. doi: 10.1212/01.wnl.0000333252.78173.5f.

12. Marrie R.A., Rudick R., Horwitz R. et al. Vascular comorbidity is associated with more rapid disability progression in multiple sclerosis // Neurol. — 2010. — Vol. 74. — P. 1041-1047. doi: 10.1212/WNL.0b013e3181d6b125.

13. Warren S.A., Turpin K.V., Pohar S.L. et al. Comorbidity and health-related quality of life in people with multiple sclerosis // Int. J. MS Care. — 2009. — Vol. 11. — P. 6-16.

14. Fromont A., Binquet C., Rollot F. et al. Comorbidities at multiple sclerosis diagnosis // J. Neurol. — 2013. — Vol. 260. — P. 2629-2637. doi: 10.1007/s00415-013-7041-9.

15. Kang J.H., Chen Y.H., Lin H.C. Comorbidities amongst patients with multiple sclerosis: A population-based controlled study // Eur. J. Neurol. — 2010. — Vol. 17. — P. 1215-1219. doi: 10.1111/j.1468-1331.2010.02971.x.

16. Marrie R.A. A systematic review of the incidence and prevalence of comorbidity in multiple sclerosis // Multiple Sclerosis Journal. — 2015. — Vol. 21(3). — P. 318-331. doi: 10.1177/1352458514564491.

17. Fromont A., Binquet C., Rollot F. et al. Comorbidities at multiple sclerosis diagnosis // J. Neurol. — 2013. — Vol. 260. — P. 2629-2637. doi: 10.1007/s00415-013-7041-9.

18. Association between comorbidity and clinical characteristics of MS [Електронний ресурс] / R.A. Marrie, R. Horwitz, G. Cutter et al. // Acta neurol. Scand. — 2011. — Vol. 124. — P. 135-141. — Режим доступу до журн.: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3394540/.

19. The risk of fracture in patients with multiple sclerosis:the UK general practice research database / M.T. Bazelier, T. van Staa, B.M.J. Uitdehaag et al. // Journ. of Bone and Mineral Res. — 2011. — Vol. 26. — № 9. — P. 2271-2279.

20. Prevalence and incidence of ischemic heart disease in multiple sclerosis: A population-based validation study [Електронний ресурс] / R.A. Marrie, B.N. Yu, S. Leung et al. // Multiple sclerosis and related disorders. — 2013. — № 2. — P. 355-361. — Режим доступу до журн.: http://dx.doi.org/10.1016/j.msard.2013.03.001.

21. A systematic review of the incidence andprevalence of cancer in multiple sclerosis [Електронний ресурс] / R.A. Marrie, N. Reider, J. Cohen et al. // Multiple Sclerosis Journal. — 2015. — Vol. 21. — P. 294-304. — Режим доступу до журн.: http://msj.sagepub.com.

Отримано 19.12.2017

Гичка Е.Н.
Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, г. Львов, Украина

Характеристика коморбидных заболеваний у пациентов с рассеянным склерозом в зависимости от его дебюта

Резюме. В статье приведена оценка влияния сопутствующих заболеваний на течение рассеянного склероза (РС) у пациентов до и после дебюта этого заболевания. Исследование проведено путем анализа анамнестических данных 77 пациентов с РС в возрасте от 19 до 58 лет. Критерием включения в исследование был достоверный диагноз РС согласно пересмотренным критериям McDonald 2010, который сочетался хотя бы с одним коморбидным заболеванием. Статистическая обработка данных выполнялась с помощью программ Microsoft Excel и Statistica. Провели сравнение показателей между группами согласно критерию Стьюдента и корреляционный анализ с расчетом линейного коэффициента корреляции Пирсона. Установлено достоверное отличие между возрастом на момент дебюта РС ($t = 2,63$; $p < 0,05$), возрастом на момент возникновения сопутствующего заболевания ($t = 2,14$; $p < 0,05$), длительностью РС ($t = 3,37$; $p < 0,01$) и продолжительностью коморбидного заболевания ($t = 4,61$; $p < 0,01$) между пациентами, у которых коморбидная патология появилась до дебюта РС, и пациентами, у которых наличие сопутствующего заболевания констатировали через некоторое время после дебюта РС. У больных, у которых коморбидное заболевание появилось после дебюта РС, средний балл по шкале EDSS составил $3,49 \pm 0,14$ и оказался выше на 17,9 % ($t = 2,25$; $p < 0,05$) по сравнению с группой пациентов, у которых коморбидное заболевание возникло до дебюта РС, — $2,96 \pm 0,19$ балла.

Ключевые слова: коморбидность; рассеянный склероз; сопутствующие заболевания

K.M. Hychka
Danylo Halytskyi Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

Characteristics of comorbid diseases in patients with multiple sclerosis depending on its onset

Abstract. The article presents an assessment of concomitant diseases impact on the course of multiple sclerosis (MS) in patients before and after the onset of this disease. The study was conducted by analyzing the anamnestic data of 77 patients aged 19 to 58 years. The enrollment criterion was a definite diagnosis of multiple sclerosis in accordance with reviewed McDonald 2010 criteria that was combined with at least one comorbid disease. Statistical data processing was performed through Microsoft Excel and Statistica programs. Comparison of indices between the groups (in accordance with Student's t criterion) and correlation analysis (with the calculation of Pearson product-moment coefficient of linear correlation) were performed. There was defined a significant difference between the age at the time of MS onset ($t = 2.63$; $p < 0.05$), age at the time of the onset of concomitant disease ($t = 2.14$; $p < 0.05$), duration of MS ($t = 3.37$; $p < 0.01$), duration of comorbid disease ($t = 4.61$; $p < 0.01$) among the patients with comorbid pathology occurred prior to MS onset and, accordingly, patients with concomitant disease identified over a certain time after MS debut. Patients with comorbid disease occurred after the MS onset have Expanded Disability Status Scale score of 3.49 ± 0.14 points on the average which is higher ($t = 2.25$; $p < 0.05$) by 17.9 % compared to the group of patients with comorbid disease occurred before the MS beginning — 2.96 ± 0.19 points.

Keywords: comorbidity; multiple sclerosis; concomitant diseases