

**Міністерство охорони здоров'я України
Харківський національний медичний університет**

УНІВЕРСИТЕТСЬКА КЛІНІКА

**ПАТОЛОГІЯ СУГЛОБІВ З ПОЗИЦІЙ ПОЛІПРОФІЛЬНОГО
ПІДХОДУ**

**Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю
(м. Харків, 17 березня 2017 року)**



**Харків
2017**

больных. Следует подчеркнуть, что спустя месяц после операции в 1-й группе отсутствие окклюзии вены имело место в 5 раз чаще, а полная окклюзия отмечена в 2,8 раза реже.

У пациентов основной группы показатели эндотелиальной функции сосудов (тромбоксан, простаглицин) соответственно были равны $17,8 \pm 1,23$ нг/мл и $34,9 \pm 1,41$ нг/мл, а такие параметры, реологических свойств венозной крови, как SV составили $13,3 \pm 0,74$ мН/м, SE – $36,6$ мН/м, VE – $20,0 \pm 2,13$ мН/м, реологический индекс – $40,0 \pm 4,10$ %, SR – $141,2 \pm 14,37$ с, ST – $43,0 \pm 1,33$ мН/м и сурфактантный индекс – $1,14 \pm 0,049$ о.е., не отличаясь достоверно от аналогичных значений у представителей контрольной группы. У больных с ГА результаты лечения коррелировали с применением препаратов диосмина, а во 2-й группе – с назначением цикло-3-форта и лимфомиозота. Установлена зависимость эффективности выполненной эндоваскулярной лазерной коагуляции от исходного параметра реологического индекса, что продемонстрировали дисперсионный анализ Брауна-Форсайта, непараметрический корреляционный Кендалла и параметрический Пирсона.

Таким образом, ГА диагностирован у 18% от числа больных ВБВ ног, чаще у мужчин более старших возрастных групп с вовлечением в процесс большой подкожной вены, с приустьевым ее расширением и сочетанием с артериосклерозом сосудов нижних конечностей. При ВБВ ГА сопровождается более выраженными классами венозной недостаточности, при этом на клинично-лабораторные проявления варикоза оказывают влияние стадия заболевания, изменения рогов менисков, наличие и степень выраженности субхондрального склероза, остеокистоза, синовита, кист Бейкера, интраартикулярных тел Штайди и Гоффа.

Ситник К.О., Гуньо Г.В., Ткаченко Т.Ю.
СУГЛОБОВІ ПРОЯВИ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ
КИШЕЧНИКА

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Виразковий коліт (ВК) і хвороба Крона (ХК) - хронічні запальні захворювання кишечника (ЗЗК) невідомої етіології, що відносяться до однієї з найбільш важких категорій внутрішніх хвороб, для яких є характерним розвиток важких ускладнень та притаманна здатність суттєвого погіршувати якість життя пацієнтів. Як відомо, ЗЗК нерідко протікають з розвитком позакишкових проявів, до яких відносять ураження суглобів і хребта, очей, шкіри, слизових оболонок. Частота ревматологічних проявів досить висока і досягає за даними деяких епідеміологічних досліджень 40%.

Мета роботи - провести аналіз літератури присвячений особливостям ревматологічних проявів ЗЗК.

Матеріали і методи: проведено аналіз літератури, доступної в базах даних pubmed, medscape.

Результати: 3 точки зору ревматолога суглобові прояви ЗЗК відносять до так званих серонегативних спондилоартропатій. Незважаючи на гетерогенність захворювань даної групи, клінічно серонегативні спондилоартропатії мають спільні ознаки і характеризуються:

- патологічними змінами в крижово-клубовому відділі і / або інших суглобах хребта;
- синдромом периферичної запальної артропатії, що виявляється асиметричним артритом переважно нижніх кінцівок;
- ентеропатичним синдромом;
- асоціацією з антигеном гістосумісності HLA-B27;
- тенденцією до накопичення цих захворювань в сім'ях;
- частою наявністю позасуглобових симптомів (ураження очей, клапанів аорти, шкіри).

Найбільш частим варіантом суглобового синдрому являється периферичний артрит, що протікає з залученням переважно колінних і гомілковостопних суглобів, в більшості випадків пов'язаний з активністю ЗЗК. На відміну від периферичного артриту перебіг аксіального спондилоартрити, представленого ізольованим сакроілеїтом і анкілозуючим спондилітом (АС), не залежить від активності ЗЗК. Нами було знайдено опис ізольованого сакроілеїта, який нерідко протікає безсимптомно, пізно діагностується і у деяких хворих є знахідкою при обстеженні. Клінічний перебіг АС при ЗЗК, схожий за клінічними проявами і рентгенологічними змінам з ідіопатичним АС. На відміну від периферичного артриту протікання АС особливе, практично не залежить від активності ЗЗК. Частота виявлення HLA-B27-антигену при ЗЗК і АС становить 40-60%.

В останнє десятиліття в літературі обговорюються особливості ентезиту і дактиліту при ЗЗК. За наявними даними, їх поширеність оцінюється в 1,5-5,4%. Слід зазначити, що крім описаних вище варіантів ураження суглобів і хребта, у пацієнтів з ЗЗК можливий розвиток гіпертрофічної остеоартропатії, періоститу, асептичних некрозів кісток, а також вкрай рідко, виявляються гранульоми кісток і суглобів.

Лікування патології опорно-рухового апарату при ЗЗК є складним завданням через обмеженість застосування нестероїдних протизапальних препаратів. За наявності синовііту і ентезиту може бути обґрунтованою локальна ін'єкційна терапія глюкокортикоїдами. У пацієнтів з периферичним артритом добре вивчена ефективність сульфасалазину. В даний час накопичений позитивний досвід лікування СпА у пацієнтів з ЗЗК

інфліксимабом і адалімумабом. Перспективним є застосування інгібітору ІЛ12/23 устекінумаба, а також антагоністів інтегрину $\alpha 4\beta 7$.

**Сокрут В.Н., Яковленко В.В., Сокрут О.П., Верзилова С.Ф.,
Ливенцова Е.В.**

**КУРОРТНЫЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ
РЕАКТИВНЫМ ХЛАМИДИЙНЫМ АРТРИТОМ**

**Донецкий национальный медицинский университет, г. Лиман,
Украина**

Реактивный урогенитальный артрит, вызванный *Chlamydia trachomatis*, относится к наиболее частым заболеваниям суставов у молодых людей, а его распространенность составляет 40-50 случаев на 100 тыс. взрослого населения. На долю больных хламидийным урогенитальным реактивным артритом (ХРА) приходится 10% от общего числа пациентов с воспалительными заболеваниями суставов. Реабилитация больных ХРА в условиях курорта остается неразработанной, недостаточно выяснены механизмы действия естественных и преформированных физических факторов у такой категории больных, не определены критерии эффективности реабилитационных мероприятий. Целью данной работы стали оценка эффективности лечения больных ХРА в условиях бальнеологического курорта.

Под наблюдением находились 117 больных, которые проходили лечение в ревматологической клинике, а затем реабилитацию в условиях санаториев «Юбилейный» и «Донбасс» Славянского курорта, обладающего сульфидными материковыми грязями озер Репное и Слепное и высокоминерализованными рассолами хлоридно-натриевого состава. Среди обследованных пациентов были 60,7% мужчин и 39,3% женщин соответственно в возрасте $33 \pm 1,3$ лет и $38 \pm 1,3$ лет. Обе гендерные группы не отличались по продолжительности заболевания (в среднем 7 лет) и степени активности патологического процесса. Серопозитивность по ревматоидному фактору установлена в 1,7% случаев, а по наличию антител к циклическому цитруллиновому пептиду – в 70,1%. До курортного этапа в 90,6% наблюдений ХРА обнаружены *Chlamydia trochamatis* в секрете предстательной железы, соскобах из уретры, шейки матки, стенок влагалища, в 82,9% отмечены позитивные серологические тесты на хламидийную инфекцию. У 93,0% от числа мужчин выявлено поражение урогениталий по типу уретрита, простатита, орхита, баланита, баланопостита, а у 93,5% женщин – в виде эндометрита, цервицита, кольпита, сальпингита, сальпингоофорита. Офтальмопатии (конъюнктивит, реже увеит, склерит и кератит) диагностированы в 61,5% наблюдений ХРА, кожный синдром

Ситник К.О., Гунько Г.В., Ткаченко Т.Ю. СУГЛОБОВІ ПРОЯВИ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ КИШЕЧНИКА.....	99
Сокрут В.Н., Яковленко В.В., Сокрут О.П., Верзилова С.Ф., Ливенцова Е.В. КУРОРТНЫЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РЕАКТИВНЫМ ХЛАМИДИЙНЫМ АРТРИТОМ.....	101
Сокрут О.П., Сокрут В.Н., Яковленко В.В., Синяченко Т.Ю., Потапов Ю.А. ВЕГЕТАТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ.....	103
Столярова О.Ю., Думанский Ю.В., Синяченко О.В. ПОРАЖЕНИЕ СУСТАВОВ ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО.....	106
Фролова Т.В., Охалкіна О.В., Стенкова Н.Ф., Терещенкова І.І., Сіняєва І.Р., Атаманова О.В., Стауде Т.М., Медведева О.П., Дикий М.П. СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ ХАРКІВСЬКОГО РЕГІОНУ.....	109
Чернышова О.Е., Полесова Т.Р., Синяченко О.В., Тарасова В.И. ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ СОСУДОВ ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ.....	111
Шапкін В.Є. АКТУАЛЬНІ АСПЕКТИ ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ОСТЕОПОРОЗУ ЛІКАРЕМ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ.....	113