

пов'язаний з лікуванням раку сечостатевої системи, вузликів поліартеріт – печінки й легенів, а панікуліт зустрічається переважно як ускладнення променевої терапії пухлинного процесу.

**Літвинова А. М.**

## **АНАТОМО-РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ОСТЕОАРТРИТУ В ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ З ОЖИРІННЯМ**

**Харківський національний медичний університет, Харків, Україна**

Остеоартрит (ОА) належить до найпоширеніших хронічних захворювань суглобів, що може виникати в осіб любого віку, має тенденцію до прогресування та призводить до погіршення якості життя. Значні економічні витрати, які пов'язують з розповсюдженістю ОА, сприяють його віднесенню до соціально значущих захворювань. Розвиток захворювання пов'язують з метаболічними та структурними зміни у різних тканинах суглоба, що й обумовлюють його прогресування. Перебіг ОА відображає не тільки складність патогенезу захворювання, а й визначає його гетерогенність, на яку оказують вплив такі фактори ризику як вік, стать, спадкова схильність, надлишкова вага, травми, професійні фактори, супутні захворювання та інші. Серед інших шкідливих факторів виділяють: швидкий темп життя, комп'ютеризацію більшості процесів, гіподинамію, неправильне харчування. Другою, але не менш актуальною проблемою сучасності, є проблема надлишкової ваги та ожиріння. За оцінкою Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) у 2016 р. у світі зареєстровано понад 1,9 млрд. дорослого населення планети (39 % чоловіків та 40 % жінок) з надлишковою масою тіла, та майже у 700 млн. (11 % чоловіків та 15 % жінок) визначено ожиріння. Його вплив на зміни у різних органах та системах організму пов'язують не тільки з механічними ушкодженнями, але дією гормоноподібних речовин та прозапальних цитокінів, які виробляє жирова тканина. Ожиріння в більшій мірі причетне і до впливу на стан кістково-м'язової системи, сприяючи збільшенню її патології, включаючи остеоартрит. Тому вивчення механізмів та закономірностей, що лежать в основі поєднання ожиріння та остеоартриту і чинників, які до цього призводять, потребує проведення наукових досліджень.

**Мета роботи:** визначити анатомо-рентгенологічні особливості ураження суглобів у хворих молодого віку з остеоартритом та ожирінням залежно від ступеня тяжкості останнього.

**Матеріали та методи:** до роботи було залучено 50 пацієнтів з остеоартритом, що перебігає на тлі надлишкової ваги або ожирінням віком від 29 до 43 років, серед яких переважали чоловіки - 70 %.

Тривалість анамнезу хвороби коливалася в межах 3-17 років. До роботи не залучали пацієнтів, які займалися у спортивних секціях та мали травматичні ураження суглобів.

Наявність ОА встановлювали з урахуванням наказу МОЗ України від 12.10.2006 року «Про надання медичної допомоги хворим із остеоартрозом», уніфікованих діагностичних критеріїв Асоціації ревматологів України (2004) та критеріїв Американської колегії ревматологів.

За підрахунком індексу маси тіла (ІМТ), який розраховували за формулою Кетле (маса(кг)/зріст(м<sup>2</sup>), всі обстежені були поділені на 3 групи. Так, у 25 пацієнтів (50%) було виявлено ожиріння I ступеня; 10 осіб мали II ступень (20 %) ожиріння та надлишкова вага була встановлена у 15 хворих (30%). Проте скарги на дискомфорт та біль у суглобах передували появі надлишкової ваги в середньому за 2,5 роки.

У 24 пацієнтів (48 %) було визначено ураження колінних суглобів; у 10 випадках (20 %) – тазостегнових; 16 осіб (32%) мали поєднане ураження колінних, кульшових та інших суглобів. За рентгенологічною стадією розподіл був наступним: I-у ст. захворювання визначили у 15 осіб (30%) та II-у ст. реєстрували у 35 хворих (70%). 30 % опитаних пацієнтів відзначили остеоартроз у кровних родичів, який також маніфестував у молодому віці.

**Результати та обговорення.** При опитуванні виявлено, що у пацієнтів з ожирінням основним клінічним синдромом був біль, що виникав у спокої (20%) та після фізичного навантаження – 100 %. Наявність хрусту в суглобах відзначало 92% опитуваних; підвищення пітливості реєстрували у 88 % пацієнтів. 44 хворих (88%) скаржилися на біль у суглобі/суглобах вночі; 80% осіб визначали, біль, яка виникала при підйомі вгору; наявність обмеження руху хворого суглоба/суглобів мали 80%, кульгавість - 72 %, %. Задишка при ході була притаманна 68 % осіб, а периферичні набряки діагностували у 48% випадків. 24% осіб з ОА мали скарги на появу болю при спуску зі сходів. З урахуванням ІМТ та локалізації артриту хворі були розподілені наступним чином: при наявності підвищеної маси тіла у 14 осіб із 15 спостерігали ураження колінних суглобів та першу (12 пацієнтів) рентгенологічну стадію захворювання. Один хворий мав прояви поліартриту, та 3 особи - 2 ст. рентгенологічного ураження суглобів. У хворих з ожирінням першого ступеню (25 хворих) ураження колінних суглобів спостерігали у 9 осіб, тазостегнових – у 7 та у інших пацієнтів (9) - прояви поліартриту. Щодо рентгенологічної стадії ураження суглобів, то у 2 осіб була 1 ст. та у останніх (23) – друга. Ожиріння 2 ст. призводило до ураження колінних суглобів у 1 випадку, тазостегнових – у 3 та прояви поліартриту реєстрували у 6 хворих. Рентгенологічні прояви хвороби у означених

хворих відповідали майже у всіх випадках (9 із 10) 2 рентгенологічної стадії.

Таким чином, збільшення маси тіла значно частіше супроводжувалося проявами поліартриту (15 пацієнтів) та рентгенологічною стадією захворювання, що відповідала 2 ст. (32).

**Висновки.** Перебіг остеоартриту у осіб молодого віку з надлишковою масою тіла або ожирінням часто призводить до ураження великих суглобів нижніх кінцівок, що може бути наслідком безпосереднього впливу ваги. Перебіг остеоартриту у осіб молодого віку сприяє прогресуванню рентгенологічної стадії захворювання по мірі збільшення маси тіла хворого. З метою профілактики розвитку остеоартриту та запобіганню прогресування захворювання рекомендовано корекція дієти та призначення препаратів хондропротективної дії.

**Мазніченко Є.О.**

## **КОМПЛЕКСНА ГІПОЛІДЕМІЧНА ТЕРАПІЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СІМЕЙНОЮ ГІПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМІЄЮ ТА НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ**

**Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна**

Незважаючи на значні досягнення превентивної медицини у боротьбі із серцево-судинними захворюваннями (ССЗ), кардіоваскулярна патологія залишається найпоширенішою у сучасному світі. Відомо, що неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) є самостійним предиктором розвитку ССЗ, тому поєднаний перебіг НАЖХП та сімейної гіперхолестеринемії (СГХ) призводить до сумачі факторів ризику кардіоваскулярних та цереброваскулярних катастроф.

**Метою** роботи було підвищення ефективності лікування пацієнтів на СГХ із неалкогольним стеатогепатитом (НАСГ) шляхом розробки патогенетичного обґрунтованої, персоніфікованої гіполідемічної терапії на амбулаторному та стаціонарному етапах.

**Матеріали та методи.** До дослідження було включено 72 (n=72) хворих віком  $48 \pm 12$  років. Всім хворим було проведено комплексне обстеження, що включало збір анамнестичних даних, фізикальне обстеження, лабораторні (загальний аналіз крові та сечі, біохімічні дослідження сироватки крові: печінкові ферменти (аланін-амінотрансфераза (АЛТ), аспартат-амінотрансфераза (АСТ), гамма-глутамілтранспептидаза (ГГТп)), ліпідограма (загальний холестерин (ЗХ), ліпопротеїни дуже низької щільності (ЛПДНЩ), ліпопротеїни низької щільності (ЛПНЩ), ліпопротеїни високої щільності (ЛПВЩ),