

Заздравнов А.А.<sup>1</sup>, Пасієшвілі Н.М.<sup>2</sup>  
**ОСОБЛИВОСТІ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У КРИЖОВО-  
КЛУБОВОМУ СУГЛОБІ У ВАГІТНИХ З НОРМАЛЬНОЮ МАСОЮ  
ТІЛА І ОЖИРІННЯМ**

<sup>1</sup>Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

<sup>2</sup>Харківський обласний клінічний перинатальний центр, Харків,  
Україна

**Актуальність.** Больовий синдром у крижово-клубовому суглобі (ККС) є досить частим патологічним проявом у вагітних в пізніх термінах гестації. За даними зарубіжних авторів до 50% вагітних відчують біль подібної локалізації. Цьому сприяє наявність як інтраартикулярних (розтягнення і розволокнення зв'язкового апарату, індукованого зміною гормонального фону), так і екстраартикулярних (збільшення маси тіла, зміщення центру ваги, посилення лордозу) змін, що відбуваються в організмі жінки в цьому періоді. Патофізіологічні зміни у ККС можуть погіршувати перебіг пологів та збільшують ризик пологового травматизму. Крім того, сам факт наявності больової симптоматики в нижній частині спини та живота справляє вкрай негативний вплив на психоемоційний стан вагітної жінки.

**Мета роботи.** Оцінити особливості ККС-артралгій у вагітних жінок в пізніх сроках гестації з нормальною масою тіла і ожирінням.

**Матеріали і методи дослідження.** Було обстежено 26 вагітних з артралгіями у ККС, в тому числі 10 пацієток з ожирінням І ст. Усім обстеженим жінкам проводилось клінічне (огляд, опитування, функціональні проби) та антропометричне обстеження.

**Результати та їх обговорення.** Біль у ККС був верифікований за допомогою функціональних тестів-проб Патріка (FABER), POSH та Gaenslen. Обов'язковою умовою ККС-верифікації була наявність трьох позитивних результатів вказаних тестів у пацієтки одночасно. Виникнення артралгій у всіх обстежених жінок відбулося в третьому триместрі вагітності. Біль локалізувався переважно в ділянці сідниць (у 46 % жінок з нормальною масою тіла та у 50 % - з ожирінням), поперекового відділу хребта (23 % та 30 % відповідно), в ділянці паху (31 % та 20 % відповідно). В обох групах обстежених артралгії були помірної та незначної інтенсивності. За візуальною аналоговою шкалою інтенсивність болю в групі вагітних жінок з нормальною масою тіла склала  $3,92 \pm 0,641$  балів, у жінок з ожирінням –  $3,60 \pm 0,843$  балів. Статистично значущих відмінностей в даному показнику між групами пацієток виявлено не було ( $p=0,307$ ). Для купірування ККС-артралгій були застосовані спеціальні фізичні вправи з виконанням на боку; 3

жінкам з нормальною масою тіла та 1 вагітній з ожирінням додатково було призначено парацетамол коротким курсом.

**Висновки.** Найбільш частою локалізацією ККС-артралгій у вагітних жінок є ділянка сідниць, другою за частотою – пахова ділянка у вагітних з нормальною масою тіла та поперекова зона хребта у вагітних з ожирінням. ККС-артралгії мають помірну або незначну інтенсивність, наявність ожиріння не впливає на виразність болю. Фізичні вправи є методом вибору для купірування ККС-артралгій у вагітних.

**Іванова К. В.**

## **АНАЛІЗ ВПЛИВУ ФРФ 21 НА КІСТКОВИЙ МЕТАБОЛІЗМ У ХВОРИХ НА ІХС ЗАЛЕЖНО ВІД СТУПЕНЮ ОЖИРІННЯ**

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

**Вступ.** Велика кількість доказів підтверджує думку про те, що жирова маса є складовою загальної маси тіла і однією з найважливіших гормональних структур. Низка дослідників доводить, що ожиріння має сприятливий вплив на підвищення кісткової маси, тим самим знижуючи ризик остеопорозу, інші спростовують цю теорію. Сучасні дані можуть частково пояснити суперечливі результати клінічних та епідеміологічних досліджень, адже зв'язок між масою жирової тканини і кістковою масою обумовлений складними генетичними фонами і взаємодіючими метаболічними і регуляторними шляхами, які впливають як на формування ожиріння, так і на розвиток остеопорозу. Проведені дослідження показали, що різні ступені ожиріння можуть по-різному впливати на стан кісткової тканини, тому що стан кісткової тканини змінювався залежно від індексу маси тіла (ІМТ) та типу ожиріння. Нещодавнє відкриття механізму жирowo-кісткових біохімічних перехресних зв'язків дозволило припустити, що саме жирова тканина продукує речовини, які відповідають за стан мікроархітекtonіки кісткової тканини. Одним із таких регуляторів гомеостазу на думку вчених є фактор росту фібробластів 21 (ФРФ21) - член підродини ендокринних ФРФ, який продукується печінкою, а також експресується в адипоцитах і підшлунковій залозі. Також сучасними дослідженнями встановлено вплив ФРФ 21 на кісткову тканину і стан судинної стінки. Ці відкриття представляють особливий інтерес для нашого дослідження, а саме вивчення метаболічних особливостей перебігу ішемічної хвороби серця у пацієнтів з супутнім ожирінням, які сприяють змінам кісткового гомеостазу.