

## КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ОСТЕОАРТРОЗУ ТА ОЖИРІННЯ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ

Харківський національний медичний університет, кафедра загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб, м. Харків

Автор: аспірантка кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб ХНМУ **Літвинова А. М.**

Науковий керівник: професор кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб ХНМУ, д. мед. н. **Пасішвілі Л. М.**

### Актуальність

Остеоартроз (ОА) є однією з частих причин хронічного болю в населення літнього віку в країнах Європи.

Біль у суглобах – друга за чисельністю причина звернень за допомогою до лікарів.

Одним з факторів розвитку ОА визначають надлишкову вагу та ожиріння, частка яких, у більшості країн, досягла 25%. Незважаючи на велику кількість досліджень та стрімкий і різносторонній розвиток медицини, актуальним залишаються такі захворювання як остеоартроз та ожиріння. Останні зберігають тенденцію до виникнення та прогресування в осіб молодого та середнього віку. У зв'язку з цим, залишається актуальним вивчення вищезазначених питань у комплексі.

**Мета:** на прикладі клінічного випадку продемонструвати позитивну динаміку комплексного лікування остеоартрозу та ожиріння, кореляцію симптомів з біохімічними та антропометричними показниками на фоні модифікації способу життя та медикаментозної терапії.

### Клінічний випадок

Пацієнтка А., 34 роки відмічає скарги на періодичну сухість у роті, підвищення маси тіла на 15 кг за останній рік, біль та легку скутість у колінних суглобах, хрускіт у правому колінному та дрібних суглобах кистей, порушення менструального циклу останні 6 міс., періодичні закрепи (до 3х діб), швидку втомлюваність.

### Анамнез захворювання та життя:

Зі слів пацієнтки, вважає себе хворобою більше півроку, коли з'явилися болі в колінних суглобах при легких фізичних навантаженнях, які зникають в покої, та легка скутість; через деякий час з'явився хрускіт у правому колінному та дрібних суглобах кистей; порушення менструального циклу.

Справжнє погіршення відзначає протягом 2-х тижнів, коли з'явилася сухість у роті та зросла інтенсивність болю у колінних суглобах.

Підвищення маси тіла пов'язує з регулярним неправильним харчуванням та частим вживанням солодких напоїв.

Палить – більше 2-х років, 5-7 сигарет/д. Травми – заперечує. ЦД 2 тип, – матері, бабусі.

**Об'єктивно:** стан на момент огляду середнього ступеню важкості. У ясній свідомості. Положення активне. Температура тіла 36,6 градусів. Шкіра суха, звичайного кольору. Периферичні лімфатичні вузли не пальпуються. Пульс=ЧСС= 80 за хвилину. Над легеньми перкуторно- легеневий звук, аускультативно- везикулярне дихання. ЧДР-15 за хвилину. Границі відносної серцевої тупості в межах норми. Тони серця звучні, ритмічні. АТ 120/70 мм. рт.ст. Живіт при пальпації м'який, безболісний, збільшений за рахунок підшкірно-жирової клітковини. Печінка пальпаторно виступає з під краю реберної дуги на 1 см. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Пересувається самостійно. При пальпації помірна болочість по внутрішній поверхні колінних суглобів (більше правого) в проекції суглобової щілини, підсилюються при розгинанні суглоба. Відмічається легкий набряк обох колін. Гіперемія відсутня. Колінні суглоби візуально симетричні. Фізіологічні відправлення контролює. Огляд на свербіж та педикульоз-негативний.

**Ендокринний статус:** зріст 167 см, вага 91 кг. ІМТ- 32,6 кг/м<sup>2</sup>. Емоційна сфера - емоційно лабільна. В позі Ромберга- стійка. Язик обкладений білим нальотом біля кореня, без відбитків зубів. Екзофтальму немає. Щитоподібна залоза пальпаторно не визначається. Симптом Марі «-». Пульс=ЧСС= 80 за хвилину. Пульсація на периферичних артеріях стоп збережена. Вторинні статеві ознаки в нормі.

### Дані діагностичних досліджень:

#### Лабораторні:

Клінічний аналіз крові та сечі, АЛТ, АСТ, білірубін загальний, білірубін прямий, білірубін непрямої, ГГТ, ТТГ, Т3 вільн, Т4 вільн, Са<sup>++</sup>, креатинін, СКФ - в межах референтних значень.

#### Інструментальні:

**УЗД ОБП** – ехо-ознаки гепатомегалії (+1,5 см), дифузні зміни зі сторони паренхіми. Ехо-ознаки хронічного холецистопанкреата. Нормальна ехокартина селезінки.  
**Рентгенографія колінних суглобів** – на рентгенограмах двох колінних суглобів у двох проекціях визначається помірне звуження суглобової щілини. Рентген-ознаки деформуючого остеоартрозу І ст.

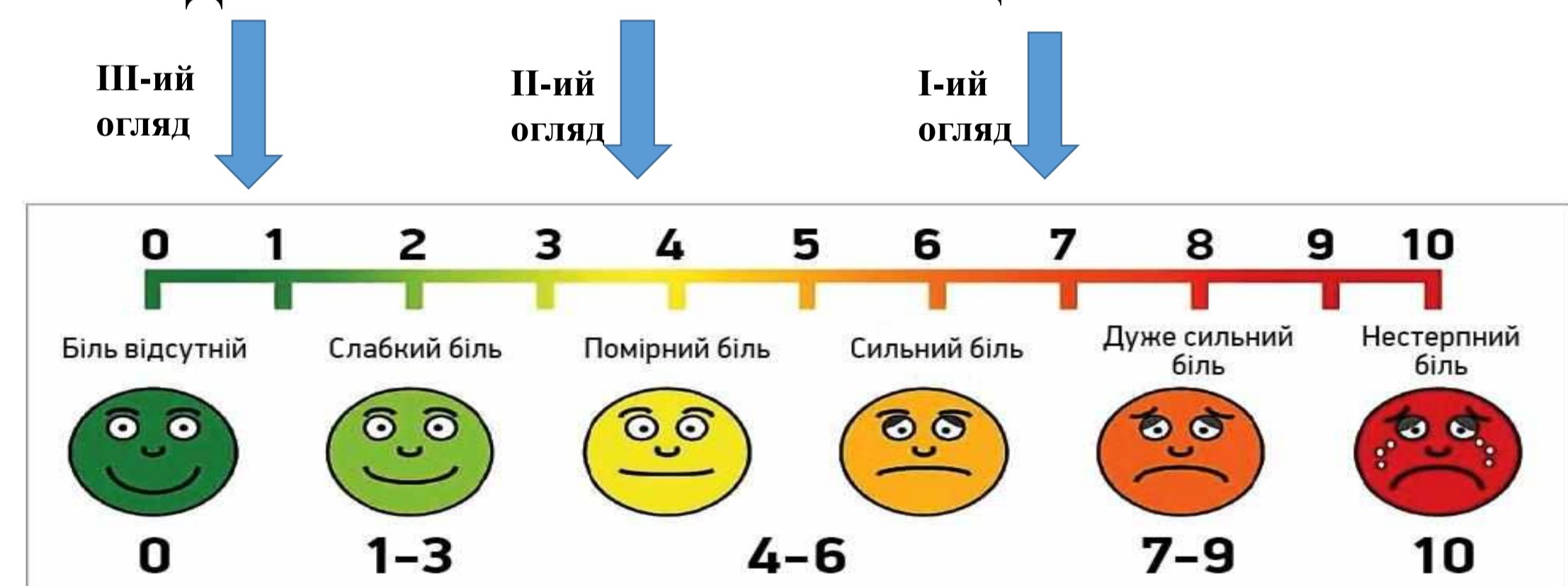
Табл. 1 Динаміка антропометричних показників пацієнтки А.

	Маса тіла, кг	ІМТ, кг/м <sup>2</sup>	Об'єм талії, см
Перший огляд	91	32,6	102
Другий огляд (через 3 міс.)	85,8	30,76	98,2
Третій огляд (через 6 міс.)	78,7	28,22	92,3

Табл. 2 Динаміка біохімічних показників пацієнтки А.

Біохімічний аналіз крові										
	Глюкоза, ммоль/л	Постпрандальна глюкоза (через 2 год), ммоль/л	Глікемічний індекс	Індекс НОМА	Заг. холестерин, ммоль/л	ЛПНЩ, ммоль/л	ЛПВЩ, ммоль/л	Тригліцериди, ммоль/л	Коефіцієнт атерогенності	Вітамін Д заг, нг/мл
І-й огляд	6,0	8,7	6,3	3,1	5,94	4,12	1,39	0,82	3,74	17,3
ІІ-й огляд (через 3 міс.)	4,9	7,8	5,4	2,8	5,3	3,52	1,14	1,0	3,2	-
ІІІ-й огляд (через 6 міс.)	5,0	6,3	5,3	2,3	4,1	2,3	1,63	0,94	3,21	46,5

Рис. 1 Динаміка інтенсивності болю пацієнтки А. на планових оглядах



Візуальна аналогова шкала оцінки інтенсивності болю

**Діагноз:** Остеоартроз колінних суглобів І стадії за Kallgren — Lawrence. Ожиріння І ст. Дисліпідемія. Порушення толерантності до глюкози. Авітаміноз Д.

### Рекомендації:

Корекція способу життя:

- відмова від паління;
  - корекція харчування;
  - ЛФК;
  - ходіння 10000 кроків на добу.
- Метформін 850 мг 1 р/д – тривало.  
Альфа-ліпоєва кислота 300 мг 2 р/д – 2 міс.  
Парацетамол 400 мг 2-3 р/д (в залежності від інтенсивності болю) - 1 тиждень.  
Пантапрозол 20 мг 1 р/д .  
Аторіс 10 мг – тривало.  
Вітамін Д 1500 МЕ/д – тривало.  
Консультація гінеколога.

Пацієнтка відзначила покращення загального самопочуття та настрою, відсутність сухості у роті, підвищення толерантності до фізичних вправ, покращення якості сну, зменшення маси тіла, відсутність болю у колінних суглобах, налагодження менструального циклу, покращення роботи травного тракту, покращення кольору та якості шкіри, проте залишається хруст у дрібних суглобах кистей.

### Висновки:

- Відмічається позитивна кореляція між біохімічними показниками, ІМТ та силою суглобового больового синдрому на фоні ожиріння при правильно підібраній терапії та модифікації способу життя.
- Вищезазначене спонукає до продовження вивчення особливостей факторів розвитку остеоартрозу, методів оцінки та лікування у пацієнтів молодого віку.