

КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ОСТЕОАРТРОЗУ ПРИ ОЖИРІННІ ТА МЕТАБОЛІЧНОМУ СИНДРОМІ

Приступа Л.Н., проф., Кириченко Н.М., доц.,

Опімах О.І., лікар, Ігнатенко Н.А., студентка

СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

Вступ: Одним із чинників виникнення остеоартрозу (ОА) є ожиріння. Зростання маси тіла призводить до збільшення захворюваності та смертності від ССЗ, ЦД II типу, сонного нічного апное, деяких новоутворень та ОА.

Мета: вивчити клініко-функціональні особливості ураження суглобів у хворих на ОА та в поєднанні з ожирінням і метаболічним синдромом (МС).

Матеріали і методи: Обстежено 135 хворих на ОА II-III рентгенологічних стадій, які були поділені на 3 групи. I групу склали 42 хворих із нормальною масою тіла (НМТ), II – 37 хворих на ОА із ожирінням і III – 56 хворих на ОА із МС. Ожиріння і МС діагностували згідно з критеріями ВООЗ (1999). Контрольну групу склали 24 практично здорових особи із НМТ. Обстеження включало загальноприйняті методи, оцінку больової чутливості проводили за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ), визначали індекси Лекена та WOMAC.

Результати та їх обговорення: МС був виявлений у 41,5% обстежених на ОА та у 60,2% хворих на ОА з ожирінням. У хворих II групи частіше спостерігалось ураження колінних суглобів (80,8%), кульшових (41,2%), плечових (30,4%), гомілково-ступневих (23,9 %), дистальних (22,4 %) та проксимальних (18,6 %) суглобів кистей рук ніж у пацієнтів I групи. У пацієнтів III групи колінні суглоби на 14,6%, кульшові - на 8,6%, плечові - на 3,8 %, гомілково-ступневі – на 7,8%, суглоби кистей рук дистальні – на 6,6% та проксимальні – на 8,6% вражались частіше, ніж у пацієнтів II групи. При порівнянні частоти ураження дистальних міжфалангових суглобів стоп та ліктьових суглобів між групами обстежених виявлено вірогідну відмінність ($p_{I-II} < 0,05$; $p_{II-III} < 0,05$). Причому, частота дефігурації колінних та гомілково-ступневих суглобів у хворих на ОА із МС була вірогідно вищою порівняно із хворими із НМТ та ожирінням ($p_{I-III} < 0,05$; $p_{II-III} < 0,05$). Індекс Лекена у хворих III групи перевищував такий у хворих II групи на 1,6 бали ($p_{II-III} < 0,05$) та майже удвічі в пацієнтів I групи ($p_{I-III} < 0,05$). За ВАШ інтенсивність больового синдрому при рухах поступово зростала: у хворих II групи вона була вірогідно вищою в 1,1 рази порівняно з I групою ($p_{I-II} < 0,05$), а у пацієнтів III групи в 1,2 рази порівняно з II ($p_{II-III} < 0,01$); вираженість больового синдрому у спокої у пацієнтів III групи в 1,75 рази перевищувала таку у хворих I групи ($p_{I-III} < 0,01$) та була вірогідно вищою ніж у II групі ($p_{II-III} < 0,01$). За тестом WOMAC вираженість больового синдрому, скутість були вищими в пацієнтів III групи порівняно з такими показниками в I і II групах ($p_{I-III} < 0,05$; $p_{II-III} < 0,05$). Рівень активності у хворих I і II груп був ідентичним, тоді як у пацієнтів III групи - зниженим ($p_{II-III} < 0,05$).

Висновок: наявність МС та ожиріння негативно впливають на вираженість суглобового синдрому у хворих на ОА шляхом підвищення больового синдрому в спокої і при навантаженні, скутості, обмеженості активності, вірогідно більшою кількістю уражених

та

дефігурованих

суглобів.