

DOI: [https://doi.org/10.34287/ММТ.1\(48\).2021.9](https://doi.org/10.34287/ММТ.1(48).2021.9)**І. М. Фуштей, А. М. Підлубна**Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України»
Запоріжжя, Україна**I. M. Fushtey, A. M. Pidlubna**State Institution «Zaporizhzhia Medical Academy of post-graduate education Ministry of Health of Ukraine»
Zaporizhzhia, Ukraine

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ГОНАРТРИТУ У ЖІНОК З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ТА НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА

Features of clinical manifestations of gonarthrosis in women with hypertension and overweight

Резюме

Одним з захворювань, що досить часто зустрічається в сучасній ревматології та призводить до порушення функціональних можливостей опорно-рухового апарату та створює велику медико-соціальну проблему, є гонартроз. При цьому частота появи дегенеративно-дистрофічних захворювань при ГА у жінок в 2–4 рази вище, ніж у чоловіків.

З метою встановити закономірності клінічних проявів ГА у жінок з гіпертонічною хворобою (ГХ) та надлишковою масою (НМ) тіла, на базі ревматологічного відділення міської КНП «Міська лікарні №10» ЗМР (м. Запоріжжя), за умови інформованої згоди, проспективно було обстежено 198 жінок за період 2018–2020 роки.

За результатами проведеного дослідження було встановлено достовірне ($p < 0,05$) погіршення клінічної симптоматики у жінок з поєднаним перебігом ГА з ГХ та НМ, відносно ізольованого перебігу ГА, за показниками: біль при активних і пасивних рухах та пальпації, відчуттями скутості, наявності крепітації та припухлості суглобів. Встановлена наявність кореляційних взаємозв'язків між клінічними проявами ГА, артрозографічними даними та ІМТ. Характеристики больового синдрому, пов'язаного із фізичним навантаженням, порушенням рухливості та функціональності суглобів достовірно посилювались із підвищенням стадії ГА, приєднання коморбідної патології та збільшенням ІМТ.

Ключові слова: гонартроз, коморбідність, гіпертонічна хвороба, надлишкова маса.

Abstract

One of the diseases that is quite common in modern rheumatology and leads to dysfunction of the musculoskeletal system and creates a major medical and social problem, is gonarthrosis. The incidence of degenerative-dystrophic diseases in HA in women is two to four times higher than in men.

In order to establish the patterns of clinical manifestations of GA in women with hypertension (GC) and overweight (HB) of the body, on the basis of the rheumatology department of the city KNP «City Hospital №10» ZMR (Zaporozhye), with informed consent, was prospectively examined 198 women for the period 2018–2020.

According to the results of the study, a significant ($p < 0.05$) deterioration of clinical symptoms in women with a combined course of HA with GC and HB, relative to the isolated course of HA, on the indicators: pain during active and passive movements and palpation, stiffness, crepitation and swelling of the joints. The correlations between clinical manifestations of HA, arthrosonographic data and BMI have been established. The characteristics of the pain syndrome associated with exercise, impaired mobility and functionality of the joints significantly increased with increasing stage of GA, joining comorbid pathology and increased BMI.

Keywords: gonarthrosis, comorbidity, hypertension, overweight.

Одним з захворювань, що досить часто зустрічається в сучасній ревматології та призводить до порушення функціональних можливостей опорно-рухового апарату та створює велику медико-соціальну проблему, є остеоартроз (ОА). Це захворювання – результат складного комплексу дегенеративних і репаративних процесів з локалізацією в хрящі і субхондральній кістці в поєднанні з синовіальним запаленням ОА є гетерогенним захворюванням, що перш за все проявляється в переважній локалізації патологічного процесу. Найбільш часто зустрічається ОА колінного суглоба. В одному з останніх великих досліджень, присвячених епідеміології ОА в Європі, поширеність ОА колінного суглоба по рентгенологічним даними склала 14 100/100 тис. у чоловіків та в двічі більше – 22 800/100 тис. у жінок старше 45 років [1, 2, 5]. З багатьох факторів, що впливають на розвиток дегенеративно-дистрофічних захворювань суглобів і хребта, найбільш вивченими і доведеними є приналежність до жіночої статі та показник маса тіла [1, 2, 3, 4, 5]. Якщо роль надлишкової ваги в розвитку ГА сумніву не викликає, то до цього часу відсутні чіткі дані про кореляцію між характером розподілу жирової тканини в організмі та ступенем впливу її на остеоартроз. При цьому частота появи дегенеративно-дистрофічних захворювань суглобів у жінок в 2–4 рази вище, ніж у чоловіків. Таке переважання жінок дозволяє думати про роль гормональних регуляторних процесів в порушенні метаболізму + [6, 7, 8].

Друга проблема, що привертає увагу, це проблема поєднання різних захворювань суглобів у хворих з метаболічними і серцево-судинними порушеннями [9, 10]. У хворих на ГА, в поєднанні з надлишковою масою (НМ) або ожирінням, зазвичай виникають значні порушення ліпідного обміну, що провокує деградацію сполучнотканинних структур організму [11]. У хворих ГА постійно присутній підвищений ризик розвитку кардіоваскулярних патологій, який збільшується під час лікування нестероїдними протизапальними препаратами [12]. Слід зазначити, що досить часто, клінічна симптоматика гонартрозу (ГА) спостерігається значно рідше, ніж рентгенологічна та істотно збільшується з віком. Тому питання вивчення клінічної картини ГА, а особливо в поєднанні з іншою патологією, є своєчасним та необхідним.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Метою дослідження було вивчити особливості клінічних проявів ГА у жінок з гіпертонічною хворобою (ГХ) та надлишковою масою (НМ) тіла.

Дизайн дослідження та загальна характеристика контингентів дослідження. На першому етапі дослідження, на базі ревматологічного відділення міської КНП «Міська лікарні № 10»

ЗМР (м. Запоріжжя), за умови інформованої згоди, проспективно було обстежено 198 жінок за період 2018–2020 роки, які знаходилися на стаціонарному лікуванні. Катamnестичне дослідження другого етапу (2019–2021 роки) було проведене на базі кабінету сімейного лікаря другої амбулаторії КНП «ЦПМСД №9» ЗМР (м. Запоріжжя).

На першому діагностичному етапі обстежено 198 жінок з ГА та з ГА в поєднанні з ГХ та НМ у віці від 40 до 70 років (в середньому – $62,6 \pm 1,9$ роки) з давністю захворювання в середньому $13,4 \pm 3,8$ роки. За клінічними формам і переважної локалізації ОА пацієнтів розподілили таким чином: у 89 (44,94%) жінок – поліостеоартроз, у 55,06% – ГА. З них у 82,8% випадків ГА поєднувався з остеохондрозом поперекового, грудного і шийного відділу хребта та у 27,2% – інші суглоби.

Діагноз ГА було встановлено згідно з критеріями МКХ-10, рекомендаціями Асоціації ревматологів України. Діагноз ГХ було верифіковано згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України № 384 від 24.05.2012 р. Наявність НМ було встановлено згідно з рекомендаціями ВОЗ (1998). ІМТ розраховували за формулою:

$$\text{ІМТ} = \text{маса тіла (кг)} / \text{зріст}^2 (\text{м})$$

Якщо ІМТ був у межах 24–30 то діагностували НМ, якщо 30–34,9 кг/м² – ожиріння I ступеня. Хворі жінки з четвертою рентгенологічною стадією ГА, ГХ третьої стадії, та ожирінням 2–3 ступеня в дослідження не включалися.

МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Всі пацієнти проходили стандартне загальноклінічне обстеження, що включає фізикальне обстеження, збір анамнезу та проведення інструментальних лабораторних досліджень.

Для оцінки рівня больового синдрому, при обстеженні пацієнтів було використано такі опитувальники: альгофункціональний індекс Lequesne і WOMAC. З метою оцінки індексу Lequesne використовували анкети, за якими проводили опитування пацієнтів та оцінювали результати у балах. При використанні функціонального індексу WOMAC пацієнт відповідав на 24 питання, які характеризували виразність болю (5 питань), скутість (2 питання) та функціональну активність (17 питань).

Оцінку структурно-функціонального стану кісткової тканини проводили методом ультразвукового дослідження на апараті «Philips HD11-XE Standard» з використанням лінійного датчика. Згідно з методикою оцінювали кістково-суглобові поверхні та суглобову щілину. В деяких випадках для такого дослідження використовувалися результати КТ або МРТ діагностики, які пацієн-

ти вже мали на момент звернення у клініку.

Отримані результати оброблені статистично з використанням пакета програм Microsoft Excel і програми «Біостатистика» 7.0.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Загальновідомо, що переважаючими симптомами остеоартрозу є біль у суглобі, обмеження рухів, чутливість, крепітація, періодичність випоту та локальність запалення без системних ефектів [2].

Аналізуючи клінічну симптоматику при ізолюваному ГА, ми встановили що основними скаргами у хворих жінок були: біль у ураженому суглобі, яка турбувала при спуску або підйомі по сходах, при переході з сидячого положення у вертикальне, іноді у спокої, як правило «ниючого» характеру та «помірної» інтенсивності.

Частоту артралгічних симптомів у жінок з ГА (Г1) з ГА та ГХ (Г2) та з ГА та ГХ та НМ (Г3) представлено в таблиці 1.

Таблиця 1

Частота артралгічних симптомів у жінок хворих на ГА у поєднанні з ГХ та НМ

Симптоматика	Г1 n = 59	Г2 n = 74	Г3 n = 65	p < 0,05
Біль без навантаження	9 (15,25%)	14 (18,92%)	13 (20,01%)	-
Біль при активних рухах	44 (74,57%)	34 (45,94%)	31 (47,69%)	Г1\Г2,Г3
Біль при пасивних рухах	5 (8,47%)	24 (17,76%)	16 (24,61%)	Г1\Г2,Г3
Біль при пальпації	2 (3,38%)	3 (4,05%)	11 (16,92%)	Г1\Г2\Г3
Обмеження рухів	54 (91,52%)	72 (97,29%)	64 (98,46%)	-
Відчуття скутості	5 (8,47%)	17 (22,97%)	31 (47,69%)	Г1\Г2\Г3
Наявна крепітація	6 (10,17%)	64 (86,48%)	64 (98,46%)	Г1\Г2,Г3
Наявна припухлість	2 (2,22%)	18 (24,32%)	32 (49,23%)	Г1\Г2\Г3
Наявна деформація	54 (91,52%)	71 (95,94%)	64 (98,46%)	

Примітка: Г1 – жінки з ГА, Г2 – з ГА та ГХ, Г3 – з ГА, ГХ та НМТ

Таблиця 2

Результати оцінки функціонального стану суглобів за індексом WOMAC у жінок хворих на ГА

Показники вимірювання WOMAC (мм)	Г1 n=59	Г2 n=74	Г3 n=65	p < 0,05
Біль	195,1 ± 18,1	212,5 ± 19,9	256,5 ± 26,3	-
Скутість	47,3 ± 5,3	61,2 ± 3,67	90,7 ± 4,2	Г1\Г2
Функціональна недостатність	712,2 ± 26,8	801,4 ± 25,9	916,9 ± 22,7	Г1\Г2

Аналіз клінічних симптомів Г1 показав, що частіше біль проявлялась під час активних рухів – у 44 жінок (74,57%), у денний та ранковий час або після значного перевантаження, супроводжувався обмеженням амплітуди рухів у суглобах у 54 жінок (91,52%), яке супроводжувалося їхньою деформацією за рахунок проліферативних змін. Згідно результатів обстеження, у пацієнтів із Г2 (поєднання з ГХ) больовий синдром при активних рухах турбував 34 (45,94%) жінок, при вставанні з положення сидячі – 17 (22,97%), при пасивних рухах – 24 (17,76%). Обмеження рухів у поєднанні з наявною деформацією, було встановлено у 72 (97,29%) жінок. У 71 (95,94%) жінок рухи в суглобах були обмежені. В Г3 біль при активних рухах зафіксована у 31 (47,69%) жінок, обмеження рухів у суглобах

що супроводжувалося крепітацією та деформацією у 64 (98,46%) обстежених. Достовірне (p < 0,05) погіршення симптоматики від Г1 до Г3 зафіксовано за показниками біль при пасивних рухах та пальпації, відчуттями скутості, наявності крепітації та припухлості.

Проведений аналіз складової симптоматики остеоартрозу (за даними опитувальника WOMAC): больового синдрому, скутості суглобів та утруднення повсякденної функціональної активності у жінок з ГА(Г1) з ГА та ГХ (Г2) та з ГА та ГХ та НМ (Г3) представлено в таблиці 2.

Оцінка функціонального стану суглобів проведена за індексом WOMAC засвідчила, що всі обстежені пацієнтки скаржились на біль, пов'язаний із фізичним навантаженням (198 хворих), порушенням рухливості та повсякденної діяльності,

які достовірно підсилювалися із підвищенням стадії Г1 та за приєднання коморбідної патології в Г2 та Г3. Для пацієнтів з Г3, у яких значно підвищувалась інтенсивність болю, особливо, був характерним ранішній біль, порушення рухливості із значним порушенням повсякденної діяльності. Аналіз результатів також засвідчив достовірне зростання проблемної симптоматики у всіх пацієнтів Г2 та Г3. Так, встановлено підсилення больових та погіршення функціональ-

ної спроможності у хворих Г2 та Г3 було більш виразним порівняно з ізольованим перебігом ГА (в 1,2 рази та в 1,46 рази відповідно). А у хворих Г3 цей показник був достовірно ($p < 0,05$) підвищеним порівняно з Г1 та Г2.

Було проведено також визначення тяжкості перебігу ГА за індексом «Lequesne». Данні обстеження жінок з ГА(Г1) з ГА та ГХ (Г2) та з ГА та ГХ та НМ (Г3) представлено в таблиці 3.

Таблиця 3

Показники індексу Lequesne у жінок с ГА та у поєднанні з коморбідною патологією

Індекс Lequesne	Г1 n = 59	Г2 n = 74	Г3 n = 65	p < 0,001
Легкий (1–4)	-	-	-	-
Помірний (5–7)	45 (76,27%)	36 (48,64%)	8 (12,3%)	Г1\Г3
Важкий (8–10)	9 (15,25%)	24 (32,43%)	28 (43,07%)	Г1\Г3
Дуже важкий (11–13)	5 (8,47%)	14 (18,91%)	16 (24,61%)	Г1\Г3
Вкрай важкий (14 і вище)	-	-	13 (20,0%)	Г1\Г3

Аналіз показників за індексом Lequesne показав, що легкий перебіг ГА у всіх обстежених групах хворих не спостерігався. Помірний перебіг, за оцінками методики, ГА виявлений у 76,27% пацієнтів Г1, 48,64% пацієнтів Г2 та 12,3% пацієнтів Г3. Дуже важкий перебіг ГА спостерігався у 8,47% хворих жінок Г1, 18,91% хворих Г2 та 24,61% хворих Г3. Вкрай важкий перебіг спостерігали тільки у пацієнтів Г3 у 20% випадків. Достовірне ($p < 0,001$) погіршення показників перебігу встановлено між Г1 та Г3 у всіх випадках.

Рентгенологічну стадію визначали за індивідуальними рентгенологічними ознаками такими як остеофіти, звуження суглобів, субхондральний склероз та субхондральні кісти. Перша рентгенологічна стадія ГА була встановлена у 77 осіб (38,8%), серед яких функціональна недостатність суглобів (ФНС) першого ступеня виявлена у 129 жінок (65,15%), ФНС другого ступеня – у 23 жінок, що склало в сумі 11,61% від кількості хворих. Друга рентгенологічна стадія ГА спостерігалася в 112 хворих (56,56%), у т.ч. 64 особи (57,14%) – пацієнтки з ФНС II, 46 осіб (41,07%) – пацієнтки з ФНС I. А III рентгенологічна стадія ГА виявлена тільки у 13 жінок із ФНС III ступеня. Хворих із IV рентгенологічною стадією ми в дослідження не включали.

Оскільки для визначення працездатності, якості життя пацієнтів значення має локалізація уражень суглобів, тяжкість перебігу остеоартрозу, було досліджено залежність груп уражених суглобів від ступеня функціональних порушень. У групі з ізольованим ГА 88,8% уражень стосувалися колінного суглоба, переважав I ступінь

функціональних порушень. При поєднанні ГА з ГХ уражалися колінні (76,8%) та кульшові суглоби (19,2%), превалював I ступінь функціональних порушень. У Г2 поряд з ураженнями колінних суглобів (63,4%) траплялися ураження кульшових у 17,2% та колінних і дрібних суглобів (14,6%), функціональні порушення I та II ступеня реєструвалися майже порівну. За наявності поєданого перебігу із НМ (Г3) переважали ураження колінних та кульшових суглобів (у 39,3% пацієнтів) із ФНС II у 53,6% випадків.

На наступному етапі нами було проведена вивчення маса тіла оскільки вона є інтеграційним показником порушень обміну а також вважається фактором ризику ГХ, ожиріння, ІХС та смертності, у всіх хворих досліджувалися показники ІМТ. Аналіз клінічних симптомів ГА залежно від показників маси тіла (в тому числі і при ожирінні I ступеня) показав, що частіше біль проявлявся при активних та пасивних рухах (у 73,69%), у ранішній час або після значного навантаження майже у всіх (98,46%), супроводжувався обмеженням амплітуди рухів у суглобах, їхньою деформацією за рахунок проліферативних змін. При ізольованому ГА у пацієнтів маса тіла не виходила за межі прийнятої за норму (ІМТ до 24,9). За наявності коморбідного перебігу з ГХ у всіх пацієнтів відмічена надлишкова маса тіла (ІМТ = 24,9 – 27). Щодо поєднання ГА з ГХ та НМ, то підвищення індексу вище 27 встановлено у 73,2% випадків, а ожиріння I ступеня – у 26,8% випадків. Отримані дані можуть засвідчувати, що при поліморбідності ГА із ГХ, НМ наростає значення ступеня надмірної ваги для клінічного перебігу цих захворювань, осо-

бливо щодо симптоматики ГА.

При проведенні артрсонографії у пацієнтів з ГА виявлено звуження суглобової щілини за рахунок зниження висоти суглобового хряща, дефекти кісткових поверхонь, крайові кісткові

розростання, зміни синовіальної мембрани і наявність випоту в суглобі, зміни навколо суглобових м'яких тканин. Порушення виявлені методом артрсонографії суглобового хряща у хворих на ГА наведено в таблиці 4.

Таблиця 4

Порушення виявлені методом артрсонографії суглобового хряща у хворих на ОА, АГ та НМ

Показники	Групи			
	Г1 n = 59	Г2 n = 74	Г3 n = 65	Всього n = 198
Дефекти поверхні	41 (69,49%)	69 (93,24%)	65 (100,0%)	173 (87,37%)
Кісткові розростання	46 (77,97%)	66 (89,18%)	65 (100,0%)	176 (88,88%)
Рідина в суглобі	31 (18,29%)	51 (68,91%)	53 (81,53%)	111 (56,06%)
Зміни синовіальної оболонки	15 (25,42%)	23 (31,08%)	24 (36,92%)	62 (31,31%)
Зміни навколо суглобових тканин	16 (27,11%)	29 (39,19%)	49 (75,38%)	93 (46,97%)

Аналізуючи отримані результати нами встановлено, що у пацієнтів з ГА без супутньої патології висота суглобового хряща достовірно зменшилась в 1,7 рази ($p < 0,05$), порівняно з нормативними показниками. У пацієнтів з ГА в сполученні з ГХ висота суглобового хряща (ВХС) також достовірно була меншою, порівняно з прийнятими методичними нормативами у 2,2 рази ($p < 0,05$). Порівнюючи дані Г1 та Г2 ми встановили зменшення ВСХ, але різниця була недовірною. Досліджуючи дані пацієнтів з Г3 нами виявлено значне стоншення суглобового хряща та наявність у більшості хворих негомогенного характеру хряща, тоді як у Г1 та Г2 досліджуваних переважали пацієнтки з гомогенним станом суглобового хряща. Так, для пацієнтів Г3 ВСХ становила ($1,32 \pm 0,08$) з медіальної сторони, що в 2,5 рази ($p < 0,05$) менше за норму, достовірно менше, ніж у Г1 в 1,5 рази ($p < 0,05$) та в Г2 в 1,2 рази ($p < 0,05$). Аналогічно встановлено стоншення суглобового хряща і з латеральної сторони, де ВСХ становила ($1,41 \pm 0,06$), і це було в 2,6 рази ($p < 0,05$) менше за норму, в 1,5 рази ($p < 0,05$) ніж у Г1 та достовірно менше в 1,4 рази ($p < 0,05$) ніж у Г2. Зазначимо, що висота хряща більшою мірою зменшувалася на медіальному виростку внаслідок більшого механічного навантаження на цю ділянку. Виразність патологічних змін, зафіксованих сонографічно, залежала від стадії гонартрозу. При III стадії ГА колінних суглобів за поєднання з ГХ та НМ визначено більшу кількість патологічних сонографічних симптомів ураження суглобового хряща і внутрішньо суглобових структур, порівняно з II стадією. Дефекти суглобових поверхонь, нерівні контури виростків стегнової та великогомілкової кісток діагностували у 100% пацієнтів з III стадією ГА, не залежно від супутньої патології. Аналогічна ситуація склалася і з діагности-

кою остеофітів: при ГА II стадії без супутньої патології – їх виявили лише у 6 (10,16%) хворих, при III стадії у всіх пацієнток. Наявність реактивного синовіту наближає ГА до запальних захворювань суглобів. Він відіграє провідну роль у деструкції суглобового хряща, а зрештою у прогресуванні ГА.

При проведенні артрсонографії також пацієнткам вдалося верифікувати наявність випоту в колінному суглобі. Так, випіт вдалося виявити у 38,46% хворих на гонартроз II стадії та у 71,78% – III стадії ГА без супутньої патології. За даними обстеження випіт у суглобі діагностовано у 53,23% пацієнтів з II стадією та у 75,12% – з III стадією ГА при поєднанні з ГХ. Найбільшу кількість пацієнток з синовітом виявлено при ГА, поєднаному з ГХ та НМ. Так, у пацієнтів з II стадією ГА випіт встановлено у 79,64% та у 88,76% з III стадією. Згідно з отриманими даними, кількість пацієнтів з негомогенним випотом у суглобі збільшується при ГА, поєднаному з ГХ та НМ, хоча в загальній структурі обстежених хворих їх частка менша, ніж з гомогенним випотом у суглобі. Так 61,31% пацієнтів III групи з III стадією ГА мали негомогенний випіт, а 29,36% хворих – гомогенний. Подібними були і дані у пацієнтів з ГА II стадії в III групі. Але в інших досліджуваних групах, навпаки, навіть у пацієнтів з III стадією ГА в половині випадків встановлено гомогенний випіт проти 26,12% та 13,7%. Потовщення синовіальної оболонки (СО) виявлено у 46,38% пацієнток, головним чином це були хворі Г2 та Г3 груп. Нерівномірне потовщення синовіальної оболонки переважало у пацієнтів з III стадією ГА за коморбідності з ГХ та НМ: 43,7% проти 5 31,3%. Натомість у Г2 у пацієнтів з III стадією ГА переважало рівномірне потовщення СО: 38,12% проти 17,42%. Пацієнти Г1 з III стадією ГА мали лише рівно-

мірне потовщення СО: 27,63%. Крім того, загалом у половини пацієнток спостерігали зміни навколо суглобових м'яких тканин, в основному за рахунок ушкодження зв'язок та зниження їх ехогенності. Найбільше таких хворих було в Г3 групі 38,62% пацієнтів, в Г2 групі 12,36% хворих та у 6,81% жінок у Г1.

ВИСНОВКИ

1. В результаті проведеного дослідження нами було встановлено достовірне ($p < 0,05$) погіршення клінічної симптоматики у жінок з поєднаним перебігом ГА з ГХ та НМ, відносно ізольованого перебігу ГА, за показниками: біль при активних і пасивних рухах та пальпації, відчуттями скутості, наявності крепітації та припухлості суглобів.

2. За результатами опитування за шкалами WOMAC та Lequesne виявлено, що поєднаний перебіг ГА з ГХ та НМ супроводжується підвищенням інтенсивності болю, зниженням рухливості та збільшенням функціональної недостатності, які посилюються по мірі приєднання супутньої патології та збільшенням стадії ГА.

3. Встановлена наявність кореляційних

взаємозв'язків між клінічними проявами ГА, артрозонографічними даними та ІМТ. Характеристики больового синдрому, пов'язаного із фізичним навантаженням, порушенням рухливості та функціональності суглобів достовірно посилювались із підвищенням стадії ГА, приєднання коморбідної патології та збільшенням ІМТ.

4. Аналіз артрозонографічної та рентгенологічної картини перебігу ГА дозволив об'єктивно підтвердити факт значно більшого погіршення структурної та функціональної складової картини стану колінних суглобів у жінок з ГХ та НМ порівняно з ізольованим перебігом ГА. При чому діагностика початкових стадій ГА виявилася більш афективною за допомогою саме артрозонографії, яка верифікує не лише кісткові зміни, властиві ГА, а й зменшення висоти суглобового хряща, зміни синовіальної мембрани, навколо суглобових м'яких тканин та наявність випоту в суглобі.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Полягають в розробці методу комплексного лікування остеоартрозу у жінок з гонартрозом, гіпертонічною хворобою та надлишковою масою.

ЛІТЕРАТУРА

1. Беялов Ф. И. Лечение внутренних болезней в условиях коморбидности. Иркутск, 2011. 305 с.
2. EULAR Compendium on Rheumatic Disease. Ed. JWJ Bijl. 2009 BMJ, 824 p.
3. Obesity and other cardiovascular disease risk factors and their association with osteoarthritis in Southern California American Indians, 2002–2006 /J. L. Reid, D. J. Morton, D. D. Wingard et al.// Ethn. Dis. – 2010. Vol. 20 (4). P. 416–422.
4. Галютіна О. Ю., Станіславчук М. А. Дисліпідемія у пацієнтів із ревматоїдним артритом і її зв'язок з особливостями перебігу захворювання//Укр. ревматологіч. журн. 2007. № 1 (27). С. 8–12.
5. Osteoarthritis among women in bahrain: a public health audit / G. Asokan, M. S. Hussain, E. J. Ali et al.//Oman. Med. J.-2011.-Vol. 26 (6). P. 426–430.
6. Tolerability of topical diclofenac sodium 1% gel for osteoarthritis in seniors and patients with comorbidities/H. S. Baraf, M. S. Gold, R. A. Petruschke et al.//Am. J. Geriatr. Pharmacother. 2012. Vol. 10 (1). P. 47–60.
7. Ткаченко М. В. Патогенетичні механізми розвитку деформівного остеоартрозу у поєднанні з метаболічним синдромом//Укр. ревматологіч. журн. 2009. № 4 (38). С. 86–88.
8. Whelton A., Gibofsky A. Minimizing cardiovascular complications during the treatment of osteoarthritis//Am. J. Ther. 2011. Vol. 18 (6). P. 466–476.
9. Романова И. А. Клинико-диагностическое значение эндотелиальной дисфункции и ее медикаментозная коррекция у больных остеоартрозом: дис. канд. мед. наук. Саратов, 2009. 129 с.
10. Puenpatom R. A., Victor T. W. Increased prevalence of metabolic syndrome in individuals with osteoarthritis: an analysis of NHANES III data//Postgrad. Med. 2009. Vol. 121 (6). P. 9–20.
11. Role of obesity in the development of osteoarthritis and concomitant diseases/L. N. Denisov, V. A. Nasonova, G. G. Koreshkov et al.//Ter. Arkh. 2010. Vol. 82 (10). P. 34–37.
12. Comorbidities in patients with osteoarthritis: frequency and impact on pain and physical function/A. A. Leite, A. J. Costa, B. A. Lima et al.//Rev. Bras. Reumatol. 2011. Vol. 51 (2). P. 118–123.

Стаття надійшла до редакції 19.03.2021