

неудовлетворительный – менее 65. Таким образом мы выяснили что у 8 из 10 пациентов состояние улучшилось в связи с возвращением нормального уровня физической активности и купированием болевого синдрома. У 2 пациентов состояние осталось в той же категории. Ухудшений не наблюдалось. Результаты представлены в таблице ниже.

По результатам опроса мы выяснили, что после оперативного лечения рецидивы вывихов наблюдались у 2 пациентов. У одного пациента был отмечен однократный рецидив в связи с падением и последующим самостоятельным вправлением. Еще один пациент отмечает возобновление болезни в последний год (2023), отмечает частые подвывихи и вывихи, готовится к повторной операции.

Выводы

1. Таким образом мы выяснили, что состояние пациентов после оперативного лечения (артроскопический релиз надколенника с лигаментопластикой по Ямамото) является достаточно эффективным, о чем говорят улучшения показателей всех примененных в ходе нашей работы шкал (ВАШ, WOMAC и LKSS), что в совокупности с малой травматичностью данного метода делает его предпочтительным при лечении данной патологии у лиц молодой возрастной группы.

2. Рецидивы наблюдались у 2 из 10 пациентов (20%), что свидетельствует о необходимости более точного предоперационного планирования и выбора метода оперативного вмешательства.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Gao, B. Pediatric patellar dislocation / B. Gao, Y. Shi, F. Zhang // MinervaPediatr. – 2020. – Vol. 72(1). – P. 65–71. – DOI: 10.23736/S0026-4946.17.04882-4.
2. Yamamoto, R. K. Arthroscopic repair of the medial retinaculum and capsule in acute patellar dislocations / R. K. Yamamoto // Arthroscopy. – 1986. – Vol. 2, № 2. – P. 125–131.
3. Иржанский, А. А. Валидация и культурная адаптация шкал оценки исходов заболеваний, повреждений и результатов лечения коленного сустава WOMAS, KSS и FJS-12 / А. А. Иржанский, Т. А. Куляба, Н. Н. Корнилов // Травматология и ортопедия России. – 2018. – Т. 24, № 2. – С. 70–79.

УДК 616.72-002-06

А. А. Кухарева, В. В. Корецкий

Научный руководитель: ассистент кафедры П. Ю. Игнатенко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ЗНАЧЕНИЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ В ТЕЧЕНИИ ГОНАРТРОЗА И КОКСАРТРОЗА

Введение

Остеоартрит (ОА) является самым частым заболеванием среди патологий опорно-двигательного аппарата в разных регионах земного шара. ОА несет большую медицинскую, социальную и экономическую нагрузку на общество. Наиболее актуальной считается проблема поражений коленных и тазобедренных суставов, так как они являются наиболее инвалидизирующими локализациями патологического процесса [1]. В конечном итоге прогрессирование патологии приводит к необходимости эндопротезирования, что значительно повышает стоимость лечения.

Вопросы диагностики, патогенеза и лечения гонартроза (ГА) и коксартроза (КА) при сопутствующей патологии требуют проведения дальнейших научных исследований [4]. Ожирение – то один из основных факторов развития и более быстрого прогрессирования ОА. В большинстве стран Европы ожирением страдает более 20% населения. У женщин

риск развития ожирения в 3,6 раза выше, чем у мужчин. Хорошо известно, что фактором риска развития ОА является сахарный диабет (СД), особенно у больных с другими проявлениями метаболического синдрома [2]. Варикозное расширение вен (ВРВ) является фактором риска тромбоэмболических осложнений при операциях на коленных суставах [3]. В свою очередь, относительная малоподвижность больных с ГА и ВРВ нижних конечностей способствует развитию трофических изъязвлений кожи голени [5]. Так, существуют данные о сочетании хронических заболеваний вен (ХЗВ) с сахарным диабетом. До 20% пациентов с ХЗВ также страдают артериальной патологией нижних конечностей.

Факт сочетания этих нозологических форм является прогностически негативным критерием в отношении интенсивности артралгий и функциональной недостаточности коленных и тазобедренных суставов.

Цель

Изучить влияние коморбидной патологии на течение гонартроза и коксартроза.

Материал и методы исследования

Проведено ретроспективное одномоментное исследование, в которое включены 80 пациентов с остеоартритом (27 мужчин – 34% и 53 женщины – 66%) в возрасте от 40 до 85 лет, находившихся на стационарном лечении в травматологическом отделении ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 1» в период с августа по ноябрь 2023 года. Пациентам проводили осмотр, пальпацию суставов, измерение объема движений в коленном и тазобедренном суставах. Основной сопутствующей патологией являлись ВРВ и атеросклероз артерий нижних конечностей (АсНк), выявленные у 62,5 и 72,5% пациентов соответственно. Диагноз остеоартрит был подтвержден данными рентгенографии коленного и тазобедренного суставов, а сосудистая патология данными ультразвуковой доплерографии нижних конечностей. В соответствии с рентгенологическими критериями Kellgren – Lawrence все пациенты имели проявления остеоартрита 3-й и 4-й стадии на момент включения в исследование. На первом этапе исследования пациенты были разделены на две группы: 1-я группа пациенты с остеоартритом коленного сустава (n=50; 62,5%), 2-я группа пациенты с остеоартритом тазобедренного сустава (n=30; 37,5%). На втором этапе исследования были выделены еще две группы: 1-я пациенты, имеющие АсНк (n=58; 72,5%) и 2-я не имеющие (n=22; 27,5%). Статистическая обработка массива данных выполнена с помощью статистической программы Statistica 10.0. Средние величины представлены в формате медианы (Me) и квартильного размаха (25-й и 75-й перцентили). В качестве критерия статистической достоверной значимости результатов рассматривается уровень $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

На первом этапе исследования была проведена оценка клинико-лабораторных показателей обследованных пациентов с ОА. Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Клинико-лабораторные показатели обследованных пациентов с ОА

Показатель	ГА		КА	
	Мужчины (n=13)	Женщины (n=37)	Мужчины (n=14)	Женщины (n=16)
Возраст, лет	69 [63;74]	67 [64;72]	60,5 [48;68]	65 [63;73,5]
ИМТ, кг/м ²	28,7 [26,9; 32,1]	34,6 [31,2;36,8]	27,3 [23,4;31,1]	31,1 [28,5;35,4]
Глюкоза, ммоль/л	6,35 [5,7;8,2]		6,4 [5,5;6,97]	
ВРВ	6 (46%)	29 (78%)	7 (50%)	8 (50%)
АсНк	10 (77%)	28 (76%)	8 (57%)	12 (75%)
Ожирение	5 (39%)	29 (78%)	6 (43%)	10 (63%)

По возрастному составу, согласно классификации ВОЗ, пациенты были распределены следующим образом: до 45 лет – 2 пациента (2,5%), от 45 до 59 лет – 13 пациента (16,25%), от 60 до 74 лет – 51 пациент (63,75%) и старше 75 лет – 14 пациента (17,5%).

Проводя оценку ИМТ у всех обследуемых, с учетом классификации ожирения (ВОЗ, 2019 г.), получено, что у 11,25% пациентов не отмечен избыток веса, у 26,25% пациентов избыточный вес и у 62,5% пациентов ИМТ соответствовал ожирению различной степени ($p < 0,05$). Так, ожирение 1 ст. у 33,75% пациентов, ожирение 2 ст. у 25% пациентов и ожирение 3 ст. у 3,75% пациентов.

При оценке показателя ИМТ в двух группах были выявлены статистически значимые отличия: у пациентов с ГА ИМТ был равен 33,23 [28,68; 36,44], у пациентов с КА 30,12 [25,47; 33,1] ($p = 0,016$).

Ожирение 1 ст. в группе пациентов с ГА наблюдается у 30%, 2 ст. у 34%, 3 ст. у 4%, повышенный ИМТ у 26% и нормальный ИМТ у 6%. В группе пациентов с КА ожирение 1 ст. наблюдается у 40%, 2 ст. у 10%, 3 ст. у 3,3%, повышенный ИМТ у 26,7%, нормальный ИМТ у 20% ($p = 0,033$). Данные представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Сравнительная характеристика групп с учетом пораженного сустава

Показатель	ГА	КА	p
Возраст, лет	68 [64; 72]	64 [58; 71]	0,119873
ИМТ, кг/м ²	33,23 [28,68; 36,44]	30,12 [25,47; 33,1]	0,016
Глюкоза, ммоль/л	6,35 [5,7; 8,2]	6,4 [5,5; 6,97]	0,357954
Ожирение	34 (68%)	16 (53,3%)	0,033

При оценке ожирения в двух группах обследуемых, были выявлены достоверные различия по половому признаку. Женщин, страдающих ожирением, было на 72% больше, чем мужчин ($p = 0,002$). В группе пациентов с ГА ожирение наблюдалось на 83% у женщин чаще, чем у мужчин ($p = 0,006$). В группе пациентов с КА статистически значимых отличий по наличию ожирения выявлено не было ($p > 0,05$).

ВРВ в качестве коморбидной патологии (КП) наблюдается у 70% пациентов из группы ГА, 50% из группы КА.

В 1-й группе пациентов контрактура пораженного сустава наблюдается в 52% случаев, из них на долю смешанной контрактуры 3 степени приходится 6%, на смешанную 2 степени 20%, смешанную 1 степени 8%, сгибательную 1 степени 6%, разгибательную 1 степени 12%. Во 2-й группе пациентов контрактура наблюдается в 76,7% случаев, из них долю смешанной контрактуры 3 степени приходится 46,7%, на смешанную 2 степени 23,3%, смешанную 1 степени 6,7%, сгибательную 1 степени 6,7%, разгибательную 1 степени 3,3%.

На рисунке 1 представлено распределение пациентов с контрактурами разных степеней в двух группах исследованных.



Рисунок 1 – Распределение пациентов с контрактурами разных степеней в двух группах исследованных

На втором этапе исследования были выделены еще две группы: 1-я пациенты, имеющие АсНк (n=58; 72,5%) и 2-я не имеющие (n=22; 27,5%). СД был установлен у 52,6% из 1 группы пациентов, у 2 группы СД был у 40% (p=0,014). В первой группе пациентов с АсНк у 55% был выставлен диагноз ВРВ, во второй группе пациентов без АсНк диагноз ВРВ был установлен у 82%, данный показатель является статистически значимым (p=0,028).

Выводы

1. Избыточная масса тела является ключевым фактором риска развития ОА. Наиболее чувствительны к повышенной массе тела коленные суставы. У пациентов с ГА ИМТ на 2,9 выше, чем у пациентов с КА (p=0,016). Женщины с ожирением более подвержены развитию ГА, чем мужчины (p=0,006).

2. С учетом значительной распространенности ВРВ нижних конечностей и ОА их сочетание часто встречается. Из 80 пациентов с суставной патологией у 50 диагностируется ВБ.

3. Наиболее важное значение в развитии ОА имеет наличие КП, включающее в себя СД, ВРВ, АсНк и ожирение, наблюдающаяся у 17,5% обследуемых.

4. С учетом высокой частоты встречаемости ОА и КП важно стремиться к компенсации нарушений углеводного обмена, включение в терапию комплекса мер, направленных на борьбу с проявлениями хронической венозной недостаточности, состоящего из эластической компрессии и приема флеботропных лекарственных препаратов, нормализации ИМТ, ведение здорового образа жизни, что является приоритетным направлением вторичной профилактики ОА у этой категории пациентов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Osteoarthritis epidemiology and risk factors / T. Marhadour [et al.] // Soins. – 2012. – Vol. 768, № 9. – P. 28–29.
2. Лапшина, С. А. Остеоартроз: современные проблемы терапии / С. А. Лапшина, Р. Г. Мухина, Л. И. Мясоутова // РМЖ. Ревматология. – 2016 – № 2 – С. 95–101.
3. Салихов, И. Г. Остеоартроз и заболевания периферических вен нижних конечностей: особенности сочетанной патологии / С. А. Лапшина, Л. И. Мясоутова, Э. Р. Кириллова // Терапевтический архив. – 2010 – № 5 – С. 58–60.
4. Насонова, В. А. Остеоартроз – проблема полиморбидности / В. А. Насонова // Consilium Medicum. – 2009. – № 2 – С. 5–8.
5. Gelber, A. C. Knee pain and osteoarthritis: lessons learned and lessons to be learned / A. C. Gelber // Ann. Intern. Med. – 2011. – Vol. 155, № 11. – P. 786–787.

УДК 616-005.1-08:616.36-004-02-039.3

А. А. Кухарева, В. В. Корецкий, Т. И. Горбачева

Научный руководитель: ассистент кафедры Т. И. Горбачева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ И СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Введение

В современной медицине, диагностике, лечении и профилактике хронических заболеваний печени, достигнуты определенные успехи, однако до настоящего времени остается высокий уровень заболеваемости и летальности, что обуславливает большую медицинскую и социальную значимость патологии. Цирроз входит в число 20 наибо-